



## DECLARACIÓN JURADA 2022 PERSONAL CONTRATADO

**TIPO DE PERSONAL:**  Docente Contratado  Administrativo Contratado

**CONSIGNAR APELLIDOS, NOMBRES Y FECHA DE NACIM. TAL COMO FIGURAN EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:	D.N.I./L.E. <input type="checkbox"/>	Carné de Extranjería <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Nro. <input type="text"/>
-------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------

Fecha de Nacimiento:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <small>Día Mes Año</small>	Sexo:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <small>Fem. Masc.</small>	teléfono:	<input type="text"/> <input type="text"/> <small>Fijo Móvil</small>
----------------------	--	-------	--	-----------	--

Domicilio:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<small>Av./Clle./Jr./Otros</small>	<small>Nº/Km/Mz/ Int/Dpto/Lote</small>
	<small>Urb./PPJJ/UV/Otros</small>	

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Estado Civil:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>DEPARTAMENTO</small>	<small>PROVINCIA</small>	<small>DISTRITO</small>	<small>Soltero</small>	<small>Casado</small>	

Cuenta de Ahorro del Banco de la Nación: (Aperturada por una Entidad Estatal)	<input type="text"/>
Correo Electrónico	<input type="text"/>

En pleno uso de mis derechos y con Pleno conocimiento del Art.42° de la Ley Nº27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y Arts.428° y 438° del Código Penal;

**DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

1. Que tengo vínculo laboral con otra Entidad del Sector Público (Art.7 D.Leg.276, Art.139 D.S. Nº005-PCM y Art.8 del D.L.20530). **SI**  **NO**

Entidad ..... y Sector ..... ,  
en la Entidad en mención tengo la siguiente condición:

<b>Personal Activo</b> <input type="checkbox"/> Con Remuneración Activa <input type="checkbox"/> En uso de Licencia sin goce de haber <input type="checkbox"/> Periodo de Licencia..... Nº Resoluc. ....	<b>Personal Cesante</b> <input type="checkbox"/> Con Pensión Activa <input type="checkbox"/> Con Pensión suspendida <input type="checkbox"/> Periodo de Suspensión..... Nº Resoluc. ....
--	--

Así como también en dicha Entidad percibo la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de Julio y Diciembre. **SI**  **NO**

2. Que, al no percibir los conceptos antes mencionados en otra Entidad del Sector Público, autorizo a la Unidad de Compensaciones y Pensiones de la UNE, se me pague la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de Julio y Diciembre. **SI**  **NO**

Es de mi estricta responsabilidad suspender por escrito la percepción de estos beneficios en la Otra Entidad; alcanzando la copia y sustento correspondiente para su aplicación.

3. Estar afiliado a ESSALUD VIDA (\*):  **SI**  **NO**

4. Que me encuentro afiliado al siguiente Régimen de Pensiones:

**Sistema Nacional de Pensiones D.L.19990**

**Sistema Privado de Pensiones Ley 25897 (AFP)**  **Nombre de AFP:**  **Código de AFP:**

**Tipo de Comisión de AFP :** **Flujo**  **Mixta**

5. No renunciar sin aviso previo (30 días de anticipación); comprometiéndome a cumplir las funciones asignadas con responsabilidad, puntualidad y colaboración.

6. No tener inhabilitación para el ejercicio de la función pública.

7. Tener Vínculo Familiar con personal Activo y/o Cesante de la UNE **SI**  **NO**

Docente Ordinario	<input type="checkbox"/>	Docente Contratado	<input type="checkbox"/>	Administrativo Nombrado	<input type="checkbox"/>	Administrativo Contratado	<input type="checkbox"/>	Docente Cesante	<input type="checkbox"/>	Administrativo Cesante	<input type="checkbox"/>	Personal CAS	<input type="checkbox"/>
Parentesco	<input type="text"/>												
Apellidos y Nombres	<input type="text"/>												

8. Estar incurso en la prohibición que establece la Ley N°26771, sobre nombramiento y contratación en Caso de parentesco. **SI**  **NO**

9. Contrato anterior en la Universidad Nacional de Educación:

Periodo / Ciclo :

Dependencia / Facultad :

**En caso que se verifique la falsedad de todo o parte de la presente DECLARACIÓN JURADA me someto a las acciones administrativas y penales a que hubiera lugar.**

Ciudad Universitaria, ..... de ..... del 2022.

.....  
FIRMA

N° Doc. Ident. ....

(\*) Es el seguro contra accidentes de EsSalud que otorga indemnizaciones en caso de accidentes.