



DECLARACIÓN JURADA 2024 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:	Día <input type="text"/>	Mes <input type="text"/>	Año <input type="text"/>	Sexo :	Fem. <input type="checkbox"/>	Masc. <input type="checkbox"/>	teléfono:	Fijo <input type="text"/>	Móvil <input type="text"/>
----------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------	-------------------------------	--------------------------------	-----------	---------------------------	----------------------------

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

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

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

*En caso sea docente nuevo(a) en la UNE, se le creará una cuenta de ahorros en el Banco de la Nación para el pago de sus haberes.

En pleno uso de mis derechos y con Pleno conocimiento del Art.42º de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y Arts.428º y 438º 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.N°005-PCM y Art.8 del D.L.20530). **SI** **NO**

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

<p style="text-align: center;">Personal Activo <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Con Remuneración Activa <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">En uso de Licencia sin goce de haber <input type="checkbox"/></p> <p>Periodo de Licencia..... </p> <p>Nº Resoluc (Adjuntar resolución) </p>	<p style="text-align: center;">Personal Cesante <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Con Pensión Activa <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">Con Pensión suspendida <input type="checkbox"/></p> <p>Periodo de Suspensión..... </p> <p>Nº Resoluc. (Adjuntar resolución) </p>
---	--

Información adicional:.....

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**

Retiró el 95.5 % de su fondo: **Si** **No**

Si se ha acogido algún tipo de jubilación, ¿A cuál? _____

Asimismo, en caso, sea pensionista de algún régimen pensionario y/o haya retirado sus aportes, deberá adjuntar la constancia que acredite la condición (pensionista, retiro voluntario de fondos, etc.) según corresponda.

5. 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"/>												

6. Tener 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.

Nota: Adicionalmente a la presentación de las declaraciones juradas deberá adjuntar el escaneado legible de su DNI.

Ciudad Universitaria, de del 2024.

.....
FIRMA

Nº Doc. Ident.