

1. DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES - (Utilizar letra legible y en imprenta)											
1.1. Apellidos y Nombres:						1.2. Edad:					
1.3. Fecha de Nacimiento:			1.4. Lugar de Nacimiento		1.5. Provincia		1.6. Departamento		1.7. D.N.I. o Carnet Ex.		1.8. R.U.C
día	mes	año									
1.9. Domicilio Actual				1.10. Distrito			1.11. Referencia (avenida o calle principal)				
1.12. Teléfonos				1.13. Estado Civil ( <b>marcar con una x</b> )							
Domicilio:		Celular:		Soltero	Casado		Conviviente		Divorciado		Viudo
				1	2		3		4		5
2. INFORMACIÓN LABORAL											
2.1 Fecha de Ingreso a la institución				2.2 Régimen Laboral ( <b>marcar con una x</b> )				2.3 Régimen Pensionario			
día	mes	año		D.L. N° 1057-CAS ( )		D.L. N° 728 ( )					
2.4 Cargo o Puesto				2.5 Áreas ( <b>ANP, UOF u otros</b> )				2.6 Dependencia ( <b>Dirección, Oficina u otros</b> )			
3. INSTRUCCIÓN											
3.1. Educación Primaria			3.2. Educación Secundaria			3.3. Educación Superior No Universitaria			3.4. Educación Superior Universitaria		
Completa			Completa			Completa			Completa		
Incompleta			Incompleta			Incompleta			Incompleta		
3.5. Título Superior No Universitario				3.6. Año de expedición de título técnico				3.7. Nombre del Instituto			
				día	mes		año				
3.8. Título Profesional: (colocar la carrera profesional)				3.9. Año de expedición			3.10. Nombre de la Universidad		3.11. N° Colegiatura		
				día	mes	año					
3.12. Segunda Especialización				3.13. Año de expedición			3.14. Nombre de la Universidad			3.15. Habilitado	
				día	mes	año				Si	No
3.16. Grado Académico						3.17. Año de expedición			3.18. Nombre de la Universidad		
Bachiller en:						día	mes	año			
Magíster en:						día	mes	año			
Doctorado en:						día	Mes	año			

#### 4. INFORMACIÓN FAMILIAR

##### 1.1 DEL CONYUGE/ CONCUBINO(A)

1.1.1 Apellidos y Nombres del cónyuge o concubino:							1.1.2 Edad:					
1.1.3 Fecha de Nacimiento			1.1.4 D.N.I.				1.1.5 Grado de Instrucción (marcar con una x)					
día	mes	año						Primaria		Secundaria		
							Superior No Universitario		Superior Universitario			
1.1.6 Centro Laboral			1.1.7 Dirección del Centro Laboral				1.1.8 Teléfono del centro laboral					

##### COMPOSICIÓN FAMILIAR (Seguro de salud: marcar una "x" si está asegurado)

Nº	Apellidos y Nombres	Edad	Nº de DNI	Estado Civil	Parentesco	Ocupación	Seguro de Salud
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							

#### 5. SITUACIÓN DE VIVIENDA (marcar con una x)

5.1 Tenencia					5.2 Tipo de domicilio									
Propia		Alquilada		Alojado		Otros		Unifamiliar		Multifamiliar		Otros		
5.3 Material de Construcción														
Construido			Semiconstruido			Rustica			Provisional					
5.4 Servicios Básicos (agua, luz, teléfono)														
Si		Parcial		Sin Servicios		Especificar Otros:		Tengo los 3		Solo tengo 2 o 1				
5.5 Equipamiento del Hogar														
De 3 a más Electrodomésticos			De 1 a 2 Electrodoméstico			Ningún Electrodoméstico			Especificar:					

#### 6. SALUD

6.1 ¿Padece de alguna enfermedad o riesgo de salud?												
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Mencione cuales son:					<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
6.2 ¿Sufre de alguna alergia?												
No <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Mencione cuales son:					<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
6.3 Grupo Sanguíneo												

7. CAPACITACIÓN : Mencione temas/ cursos en los que le gustaría capacitarse										
a.										
b.										
c.										
d.										
e.										
8. EN CASO DE EMERGENCIA COMUNICARSE:										
Teléfono:									Contacto:	



**DECLARACION JURADA DE RELACION DE PARENTESCO Y AFINIDAD**  
(LEY N° 26771 Y SU Reglamento aprobado por D.S. N° 021-PCM, modificado  
mediante D.S. N° 017-2002-PCM y D.S. N° 034-2005-PCM)

**1. EN CASO NO TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento que no me une parentesco alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, con personal que preste y/o prestó servicio en el SERNANP, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicios o Contratos de Administración de Servicios; designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad-Honorem.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Lima,.....de.....de 201...

.....  
FIRMA  
Nombre y Apellidos: .....  
D.N.I.N°:.....

**2. EN CASO DE TENER PARIENTES**

Declaro bajo juramento, que en el SERNANP, presta y/o prestó servicios el personal cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalado a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VINCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lima,.....de.....de 201...

.....  
FIRMA  
Nombre y Apellidos: .....  
D.N.I.N°:.....

**DECLARACION JURADA**  
**“LEY QUE CREA EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS” – LEY N° 28970**

Yo,.....  
..identificado con DNI. N°....., con domicilio  
.....

Declaro bajo juramento, no tener deudas por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, ni mantengo adeudo por pensiones alimentarias devengados en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Suscrito la presente con carácter de Declaración jurada.

Lima, ..... de ....., de 201.....

.....  
Firma

DECLARACION JURADA DE CONSENTIMIENTO DE AFILIACION A REGIMEN DE  
PENSIONES

Yo,.....  
identificado con DNI. N°....., de conformidad al numeral 6.5 del Artículo 6° del  
Decreto Legislativo N° 1057, que a la letra dice:

6.5 La afiliación a un régimen de pensiones es opcional para quienes ya vienen prestando servicios a favor del Estado y son contratados bajo el presente régimen; y, obligatoria para las personas que sean contratadas bajo este régimen a partir de su entrada en vigencia. A estos efectos, la persona debe elegir entre el Sistema Nacional de Pensiones o el Sistema Privado de Pensiones.

Expreso lo siguiente:

I. Estoy afiliado en el:

- Sistema Nacional de Pensiones (SNP)  
 Sistema Privado de Pensiones (AFP) N° de CUSPP.....  
 HORIZONTE  INTEGRRA  PROFUTURO  PRIMA  HABITA

Lima,.....de.....de 201...

.....  
Firma



## DECLARACION JURADA

(Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” – Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”)

### **DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO Y EL REGLAMENTO INTERNO DE LOS SERVIDORES CIVILES**

Por la presente yo, ....., identificado con DNI. N°....., domiciliado en....., distrito de.....Contratado bajo la modalidad de CAS.....o DL 728.....

#### **DECLARO QUE:**

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” así como del Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento y del Reglamento Interno de los Servidores Civiles.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública como también el Reglamento Interno de los Servidores Civiles.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública” y el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública” así como el Reglamento Interno de los Servidores Civiles “Reglamento N° 001-2016-SERNANP-SG-OA”, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Lima, .....de .....de 201.....

.....  
Firma



## DECLARACION JURADA DE INCOMPATIBILIDADES

Conste por el presente documento, la Declaración Jurada de Incompatibilidad, que formulo:

Yo, .....con DNI N° ....., estado civil..... y con domicilio real en....., en aplicación de la Ley N° 27588 y su Reglamento el D.S. N° 019-2002-PCM:

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

No me encuentro incurso dentro de los impedimentos previstos en la Ley N° 27588 “Ley de prohibiciones e incompatibilidades de funciones y servidores públicos, así como de las personas que prestan servicios al Estado, bajo cualquier modalidad”.

Lima,.....de.....de 201...

.....

Firma

## DECLARACIÓN JURADA

Yo,..... con DNI. N° ..... Estado civil..... y con domicilio.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

No registro antecedentes Penales, Judiciales y Policiales para tal efecto, autorizo a la entidad, a fin de que pueda solicitarlo indistintamente de creerlo conveniente, a mi costo.

Lima,.....de.....de 201...

.....

Firma



**NO ENCONTRARSE INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES (REDERECEI)**

Yo, ....., identificado (a) con DNI N° ....., con domicilio en ....., declaro no encontrarme inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECEI) y, por lo tanto, de no contar con ninguno de los impedimentos establecidos en el artículo 5 de la Ley N° 303531 (Ley que crea el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles- REDERECEI) para acceder al ejercicio de la función pública y contratar con el Estado.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 33 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N° 006-2017-JUS.

En mérito a lo expresado, firmo el presente documento.

Lima,.....de.....de 201...

.....  
Firma  
DNI N° .....

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN VIGENTE SEGÚN RNSDD**

Yo ..... identificado (a) con DNI N° ....., con domicilio en ....., declaro bajo juramento no tener inhabilitación ni suspensión vigente para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.

Lima,.....de.....de 201...

.....  
Firma  
DNI N° .....





## DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DE NOTIFICACION VIA CORREO

Yo,..... con DNI. N° .....  
y con domicilio.....

De conformidad con el numeral 20.4 del artículo 20 de la Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, autorizo se me notifique cualquier acto administrativo (observaciones, resoluciones, etc.) que recaiga en el presente procedimiento al siguiente correo electrónico:

\_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

(Indicar correo electrónico)

Lima,.....de.....de 201...

.....

Firma

## FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

(En caso no cuenten con ningún sistema pensionario)

### DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: \_\_\_\_\_

Apellido Materno: \_\_\_\_\_

Nombres: \_\_\_\_\_

Tipo de documento:  DNI  CE  Pasaporte  Otro

Número de documento: \_\_\_\_\_

Sexo:  F  M / Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Domicilio:  Avenida  Calle  Jirón  Otro \_\_\_\_\_

Distrito: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

### DATOS DE LA EMPRESA EMPLEADORA

(si no conoces esta información, tu empleador la completará por ti)

Nombre o Razón social: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_

RUC: \_\_\_\_\_

### DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Elección del sistema pensionario:

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo, \_\_\_\_\_ con documento de identidad N° \_\_\_\_\_, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103° de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

**Importante:** Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16° de la Ley N°28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra.

De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra

Ciudad de \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del trabajador