

1. DECLARACION JURADA DE DATOS PERSONALES												
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 (marcar con una x)								
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 (marcar con una x)				2.3 Régimen Pensionario					
día	mes	año	D.L. N° 1057-CAS ()		D.L. N° 728 ()							
2.4 Cargo o Puesto			2.5 Áreas (ANP, UOF u otros)				2.6 Dependencia (Dirección, Oficina u otros)					
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:								
6.2 ¿Sufre de alguna alergia?										6.3 Grupo Sanguíneo		
No	<input type="checkbox"/>	Si	<input type="checkbox"/>	Mencione cuales son:								

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

....., de, 202

.....
Firma del/la servidor/a civil



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 – Resolución Presidencial N° 000074-2024-SERNANP/J-SGD”)

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISA 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, provincia de, departamento de

DECLARO QUE:

1. Se me notifico vía correo electrónico institucional el Reglamento Interno de los Servidores Civiles, aprobado mediante Resolución Presidencial N° 204-2023-SERNANP y el Código de Ética y Conducta, aprobado mediante Resolución Gerencia General N° 062-2021-SERNANP.
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado en el Código de Ética y Conducta 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 y Conducta, así como también del Reglamento Interno de los Servidores Civiles.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Código de Ética y Conducta, aprobado mediante Resolución Gerencia General N° 062-2021-SERNANP. Así como del Reglamento Interno de los Servidores Civiles, aprobado mediante Resolución Presidencial N° 000074-2024-SERNANP/J-SGD, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

.....de.....de 202...

.....
Firma del/la servidor/a civil

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:

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:

II. Estoy afiliado en el:

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

.....de.....de 202...

.....
Firma del/la servidor/a civil

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

DECLARACION PARA EL DEPOSITO DE REMUNERACIONES

1.- Apellidos y Nombres:

.....

2.- Número de DNI o Carnet de extranjería:

3.- Dirección Actual: distrito de
provincia de departamento de

4.- Fecha de nacimiento:/...../..... 5.- Teléfono:/.....
Fijo celular

6.- Estado Civil:

Soltero Divorciado Otros:.....
Casado Viudo

7.- Fecha de ingreso al SERNANP:/...../.....

8.- SELECCIONE SU BANCO PARA EL DEPÓSITO DE REMUNERACIÓN

 Banco de la Nación  Interbank  BBVA Continental  Scotiabank.
 BCP

.....,dede 202...

.....
Firma del/la servidor/a civil



DECLARACION JURADA DE AUTORIZACION DE NOTIFICACION VIA CORREO

Yo:

.....

Con domicilio en:

.....

Identificado con DNI N°:

Con Teléfono Fijo / Móvil:

--	--

De conformidad con el numeral 20.4 del artículo 20 de la Ley del Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, autorizo expresamente a que se me notifique cualquier comunicación de la Entidad a través del correo electrónico (indicar correo electrónico):

@

(Indicar correo electrónico)

.....de.....de 202...

.....
Firma del/la servidor/a civil

FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA DE DESIGNACIÓN DE BENEFICIARIO

Conste por el presente documento por el cual yo, _____
_____ con DNI N° _____

Domiciliado en _____

Distrito _____ Provincia _____ Departamento _____

Teléfono _____

Declaro bajo juramento, que en caso de mi fallecimiento los beneficiarios para el cobro del monto correspondiente al fondo de apoyo extraordinario temporal, son las siguientes personas:

BENEFICIARIOS:

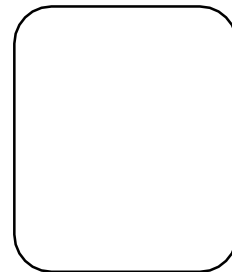
NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	PARENTESCO	%

Me afirmo y ratifico en lo expresado, en señal de lo cual firmo el presente documento en la Ciudad de

_____, a los _____ días del mes _____ del año 202__

FIRMA _____

HUELLA DIGITAL



Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento; que, si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el Artículo 438 del Código Penal, que prevén pena privativa de libertad de hasta cuatro (04) años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad, así como para aquellos que cometan falsedad, simulando o alterando la verdad intencionalmente.