

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 ( <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				



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

....., .....de .....de 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:

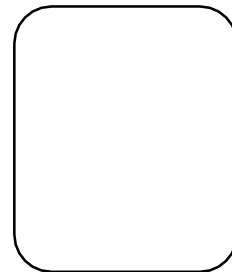
### BENEFICIARIOS:

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.



## DECLARACION JURADA DE ENTREGA Y CONOCIMIENTO DEL REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Con la firma del presente documento dejo constancia de tener conocimiento del contenido del Reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo del SERNANP.

Asumo las responsabilidades, obligaciones indicadas en dicho documento, expresando mi compromiso de cumplir fielmente con todas disposiciones, requisitos, normas y políticas que contienen.

Conozco con claridad el régimen disciplinario establecido por la entidad en su reglamento de Seguridad y Salud en el Trabajo el cual acepto, asumiendo cualquier medida que sea aplicada, ante un eventual incumplimiento de mi parte.

Apellidos y Nombres : \_\_\_\_\_

DNI : \_\_\_\_\_

Centro de Trabajo : \_\_\_\_\_

Unidad de Organización : \_\_\_\_\_

Me afirmo y ratifico en todo lo expresado, en señal de conformidad, firmando el presente documento en la ciudad de ....., a los ..... días del mes de ..... del 202.....

Firma del/ la servidor/a: \_\_\_\_\_