

## DECLARACION JURADA (DATOS PERSONALES) - 2019

### IDENTIFICACION PERSONAL (Registro con letra imprenta)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres (Completo)		
Estamento (Docente/Administrativo)	Condición Laboral	Facultad/Oficina	Nivel Rem.	Código
Nivel Educativo	Profesión	Ocupación		
Colegio Profesional	Nro. Registro Colegio Profesional	SI	NO	Habilitado

### DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DNI	SEXO	ESTADO CIVIL	FECHA DE NACIMIENTO	
L.M.	Masc. Fem.	Soltero	Día	Mes Año
RUC		Casado		
Pasap/Céd.Id.		Divorciado	LUGAR DE NACIMIENTO	
Aut.EsSALUD		Viudo	Departamento	
Telefono Fijo	Grupo Sanguíneo	Conviviente	Provincia	
Celular			Distrito	
Lic. Conducir			Nacionalidad	
Categoría L.C.				

Nombre del Banco donde se deposita la remuneración

Tipo de Cuenta	Ahorro	Débito	Cta. Cte	Otro
Nro. de Cuenta		CCI		

Si no tiene N° Cuenta, debe hacer el trámite en la Unidad de Tesorería - Oficina de Economía y Finanzas de la UNJBG

Correo Electrónico	
Dirección de Domicilio	

Tiene +Vida Seguro de Accidentes SI  No

### REGIMEN DE PENSIONES: (Marque con una X)

C.J.M. D.L. 20530	AFP - SSP D.L. 25897
SNP - ONP D.L. 19990	Nombre de la AFP
	Fecha de Afiliación
	CUSSP-Código AFP

Discapacidad Si ( ) No ( )

Sindicalizado Si ( ) No ( )

Apellidos y Nombres: Padre	Vive (Si/No)
Apellidos y Nombres: Madre	Vive (Si/No)

### DATOS DEL CONYUGE/CONVIVIENTE (Regístrese los datos solicitados)

Apellidos y Nombres Completos	Fecha de Nacimiento	Fecha de Matrimonio
-------------------------------	---------------------	---------------------

L.E./DNI	Acta de Matrimonio	N°
----------	--------------------	----

Ocupación	Centro Laboral (Indicar)	Teléfono
-----------	--------------------------	----------

Correo Electrónico	
--------------------	--

### DATOS DE LOS HIJOS (Regístrese los datos solicitados)

Apellidos y Nombres Completos	Edad	Sexo	Fecha de Nac.	Doc. Part. ó DNI	Con Discapacidad
			/ /		
			/ /		
			/ /		
			/ /		

## BONIFICACION POR ESCOLARIAD Y AGUINALDOS 2019

### DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

- A  Trabajo sólo en la UNJBG, donde percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO POR POR FIESTAS PATRIAS Y NAVIDAD EN LA UNJBG.
- B  Soy Cesante de la UNJBG, donde percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO POR POR FIESTAS PATRIAS Y NAVIDAD EN LA UNJBG.
- C  Trabajo en otra Institución: \_\_\_\_\_, en la que NO percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO, por lo que ADJUNTO constancia para que se me abone en la UNJBG.
- D  Soy Cesante de otra Institución: \_\_\_\_\_, en la que NO percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO, por lo que ADJUNTO constancia para que se me abone en la UNJBG.
- E  Trabajo en otra Institución: \_\_\_\_\_, en la que percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO.
- F  Soy Cesante de otra Institución: \_\_\_\_\_, en la que percibiré el beneficio por ESCOLARIDAD Y AGUINALDO.

### INFORMACION ADICIONAL

Si labora en otra Institucion, indicar :

1.- Nombre de la Insitución: \_\_\_\_\_

2.- Regimen Laboral: PUBLICO

PRIVADO

OTRO

3.- Ingreso promedio mensual: \_\_\_\_\_

4.- Indicar la condición laboral en la otra Insitución : \_\_\_\_\_  
(Nombrado, Contratado, Pensionista, Eventual, CAS, etc.)

### NOTA:

- 1.- Las declaraciones juradas deberán de presentarse a la OFICINA DE RECURSOS HUMANOS, dentro de los primeros 5 días de cada año en forma completa y correcta. El personal nuevo que ingresa a laborar en la UNJBG, deberá entregar la presente Declaración Jurada, luego de firmar el contrato.
- 2.- En caso de variación o cambio de la información consignada en la presente declaración, se servirá en forma obligatoria efectuar la actualización de datos a fin de no incurrir en incompatibilidad, bajo responsabilidad.
- 3.- En caso de no presentar la declaración jurada, el servidor, se someterá a disposiciones estipuladas, de acuerdo a normas y otras que disponga la autoridad competente.
- 4.- El servidor debe adjuntar copia fotostatica simple de su DNI y del cónyuge o conviviente, cuya fecha deberá ser C14vigente.
- 5.- En el caso de ser cesante en otra Institución, el servidor deberá gestionar su condición de asegurado ACTIVO, con sus boleta de pago en la Oficina de Aseguramiento de EsSalud, caso contrario no tendrá derecho a licencias médicas.

Tacna, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2019.

Firma del Trabajador (Según DNI)	
DNI N°	

### PARA CASOS DE EMERGENCIA, INDICAR: (Datos de familiar u otro)

Apellidos y Nombres	Dirección y/o Centro de labor	Teléfono