

ANEXO 6 DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE AUXILIARES DE EDUCACIÓN

Yo,.....
 Identificado (a) con D.N.I. N°, y domicilio actual en....., correo electrónico.....y teléfono.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

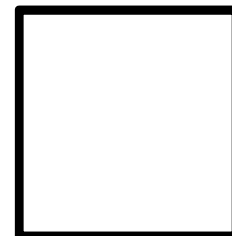
NO	SI	Cumplir con los estudios superiores y requisitos específicos para la modalidad, nivel/ciclo educativo para el cual postula.
NO	SI	Tener buena conducta.
NO	SI	Gozar de buena salud física y mental que permita ejercer el cargo de auxiliar de educación.
NO	SI	Haber sido sentenciado por delito doloso con carácter de cosa juzgada.
NO	SI	Haber sido sancionado o estar cumpliendo sanción administrativa por falta muy grave bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco años.
NO	SI	Estar inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
NO	SI	Haber sido sentenciado por delito de terrorismo, apología del terrorismo, delito contra la libertad sexual, delitos de corrupción de funcionarios o delitos de tráfico de drogas.
NO	SI	Haber sido sentenciado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988, Ley N° 30901 y Ley N° 30794.
NO	SI	Estar comprendido en los delitos detallados en el artículo 2 de la Ley N° 30901.
NO	SI	Tener vigente una medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.
NO	SI	Tener menos de 65 años de edad.
NO	SI	Ser peruano de nacimiento, de estar postulando a una vacante en una IE ubicada en zona de frontera.
NO	SI	Estoy inscrito/a en el registro de deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del estado (REDERECI)
NO	SI	Contar con inhabilitación o suspensión vigente, administrativa o judicial inscrita o no en el registro nacional de sanciones contra servidores civiles (RNSSC)
NO	SI	La veracidad de la información y de la documentación que adjunto en copia simple.

Doy a conocer y autorizo³ al Jefe de personal, al Comité o al director/a de la IE, a ser notificado/a a través del correo electrónico y teléfono señalado en la presente, del resultado de la evaluación o la propuesta para acceder a una plaza de contrato de auxiliar de educación.

Firmo la presente declaración de conformidad y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20....

.....
 (Firma)
 DNI:



Huella digital

³ Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos, Título I artículo 5 Principio de consentimiento



ANEXO 7 DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTISMO

Yo,
 Identificado (a) con D.N.I. N°, y domicilio actual
 en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de

NO	SI
-----------	-----------

 afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios
 o directivos de la UGEL o miembros del Comité.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

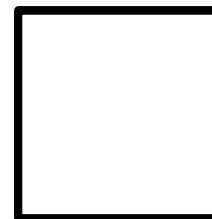
Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad.	
Cargo que ocupa	
El grado de parentesco	

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

(Firma)



Huella digital

DNI:



ANEXO 8 DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES⁴

Yo,

.....
 identificado con DNI N°

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(SI) me encuentro afiliado(a) al siguiente Sistema Pensionario:

<input type="checkbox"/> SNP (Sistema Nacional de Pensiones)	<input type="checkbox"/> SPP (Sistema Privado de Pensiones)
	Integra <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/>
	Hábitat <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/>

CUSPP:

Fecha Afiliación:

No estar afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

() Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

() Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

Firma
DNI



Huella

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, la información que consigno en el presente documento es real y veraz, en caso de detectarse fraude o falsedad, me someteré a la sanción que establece la Ley.

⁴ En el marco de lo establecido en el artículo 16 de la Ley N° 28991, y en los Decretos Supremos N° 009-2008-TR y N° 063-2007-EF



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

RÉGIMEN PENSIONARIO AFP



SUPERINTENDENCIA
DE BANCA, SEGUROS Y AFP
República del Perú



AFP Integra
una empresa Sura

PRIMA AFP
Grupo Crédito

Profuturo
AFP del grupo Scotiabank

Reporte de Información de Afiliado en el Sistema Privado de Pensiones (Por Documento de Identidad)

(*) Datos obligatorios para la consulta

Documento Identidad *

Imagen

Buscar

Listado de Afiliados por Apellidos y Nombres (Opción para obtener Documento de identidad)

Ingrese datos sin considerar acentos.

(*) Datos obligatorios para la consulta

Apellido Paterno *

Apellido Materno *

Apellido Materno

Primer Nombre *

Segundo Nombre

Imagen

Buscar

ANEXO 9
DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo,

.....
 identificado con DNI N°con dirección
 domiciliaria:.....en el
 Distrito: Provincia: Departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO	SI
-----------	-----------

Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 6.8.4 de la Norma Técnica).

NO	SI
-----------	-----------

Percibo otra remuneración a cargo del Estado, o Percibiré ya que me encuentro adjudicado.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

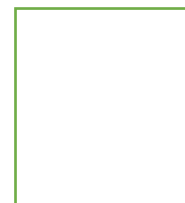
Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa/rá:	
Condición Laboral:	() Nombrado () Contratado () Adjudicado
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

Firma
DNI



Huella

*Artículo 40 de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.
 La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.



AUTORIZACIÓN DE NOTIFICACIÓN POR CORREO ELECTRÓNICO AL ADMINISTRADO

Yo,.....DNI N°.....
 teléfono.....,dirección.....
distrito.....
 Referencia de dirección
 Correo electrónico.....

Autorizo expresamente a la Unidad de gestión Educativa Local N°06 para que me notifique el acto Resolutivo y /o respuesta mediante oficio que se emitió por el sistema SICO PLUS y/o mesa de partes en el AÑO.....empleando la notificación electrónica, conforme a lo establecido en el numeral 20.4 del artículo 20 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

Me comprometo a revisar continuamente mi correo electrónico, incluyendo la bandeja de **spam** o el buzón de correo no deseado y al evidenciar la notificación enviar el acuse de recibo al correo electrónico notificación_etda@ugel06.gob.pe

Declaro haber tomado conocimiento de las orientaciones para la notificación de actos administrativos por correo electrónico en la UGEL N°06, en prueba de los cual suscribo la presente autorización en señal de conformidad.

Lima, de del 202_

.....
 Firma

.....
 Huella digital

Apellidos y nombres: