**Nombre(s)**

**Genero**

**DNI**

**CARNÉ DE EXTRANJERÍA**

**RUC**

**N° Lic. de Conducir**

**N° Lic. SUCAMEC**

**Fecha de Nacimiento**

**Departamento**

**Provincia**

**Distrito**

**Nacionalidad**

**Dirección**

**Departamento**

**Provincia**

**Correo Electrónico Personal**

**Correo Electrónico Institucional**

**N° Teléfono Fijo**

1. **DATOS FAMILIARES**

**a. Cónyuge o Conviviente**

**b. Hijos**

**ANEXO N°2**

**FICHA DE DATOS PERSONALES DE EL/LA SERVIDOR/A CIVIL DEL**

**MINISTERIO DE CULTURA**

FOTO FORMAL

(Tamaño passaporte, fondo blanco)

|  |
| --- |
| **Puesto** |
| **Órgano** |
| **Unidad Orgánica** |
| **N° de Proceso** |
| **N° de Contrato** |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  | **Régimen Laboral****Fecha de Ingreso** |  |
|  |  |

**N° Teléfono Celular**

**Distrito**

**Edad**

**Firma Digital**

**Estado Civil**

**I. DATOS PERSONALES**

**Apellido Paterno Apellido Materno**

**II**. **DATOS** **DE** **SISTEMA** **PENSIONARIO**, **SALUD** y **BANCARIO**

|  |
| --- |
| **SISTEMA DE PENSIONES** |
| **Tipo de Sistema de Pensiones** |
|  |
|  |
| **AFP actual** | **Fecha de Afiliación** |
|  |  |
|  |
| **Tipo Comisión** |
|  |
|  |
| **Código de Afiliado** |
|  |

|  |
| --- |
| **SISTEMA DE SALUD** |
| **Autogenerado EsSalud** |
|  |
|  |
| **Seguro Privado de Salud** |  | **¿Cuál?** |
|  |  |
|  |

|  |
| --- |
| **SISTEMA BANCARIO** |
| **Banco** |
|  |
|  |
| **N° de Cuenta** |
|  |
|  |
| **N° CCI** |
|  |
|  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Apellidos y Nombres** | **Sexo** | **DNI** | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **Ocupación u Oficio** | **¿Afiliado a EsSalud?** |
| Cónyuge |  |  |  |  |  |  |  |
| Conviviente |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Apellidos y Nombres** | **Sexo** | **DNI** | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **Ocupación u Oficio** | **¿Afiliado a EsSalud?** |
| Hijo(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hijo(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hijo(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hijo(a) |  |  |  |  |  |  |  |
| Hijo(a) |  |  |  |  |  |  |  |

**IV. DATOS DE SALUD**

**N° Teléfono Celular**

**c. Otros Familiares**

**d. Familiares que Trabajan en el Ministerio de Cultura**

**ermedades**

**V. DATOS ADICIONALES**

**Docencia**

**Horario**

**Discapacidad**

**Registro CONADIS**

**Deportista Calificado**

**Registro IPD**

**Licenciado FFAA**

**VI. FORMACIÓN ACADÉMICA**

**N° de RNA**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Apellidos y Nombres** | **Sexo** | **DNI** | **Fecha de Nacimiento** | **Edad** | **Ocupación u Oficio** |
| Padre |  |  |  |  |  |  |
| Madre |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |
| Hermano(a) |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Parentesco** | **Apellidos y Nombres** | **Cargo** | **Órgano y/o Unidad Orgánica** | **Fecha de Inicio** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Alergias a Medicamentos** |
| **Antibióticos:** |  |  |
| Cuáles: |
| **Analgésico:** |  |  |
| Cuáles: |
| **Otras alergias** |  |  |
| Cuáles: |

|  |
| --- |
|  |
| **Enf**Diabetes |
| Hipertensión Arterial |
| Asma |
| Epilepsia |

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| **Medicamentos** |
| Indique que medicamentos toma actualmente y para que sirven: |
| **Medicamentos** |  | **Para qué sirve** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Grupo Sanguíneo**

**En caso de emergencia contactar a:**

**Parentesco**

**Tipo de Documento**

**Disciplina**

**Tipo de Discapacidad**

**Nombre de la Institución**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nivel Educativo** | **Situación Académica** | **ESPECIALIDAD** | **FECHA DE****EXPEDICIÓN DEL GRADO** | **UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS** | **CIUDAD / PAÍS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Colegiatura**

**Colegio Profesional**

**N° de Colegiatura**

**Habilitación Vigente**

**VII. DIPLOMADO, ESPECIALIZACIÓNES Y/O CURSOS**

**a. Diplomado y/o Especialización**

**b. Cursos, talleres, seminarios, conferencia, entre otros**

**VIII. CONOCIMIENTOS DE INFORMÁTICA E IDIOMAS**

**a. Informática**

**b. Idiomas**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **TEMA** | **DESDE**(dd/mm/aaaa) | **HASTA**(dd/mm/aaaa) | **UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS** | **N° DE HORAS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **TEMA** | **DESDE**(dd/mm/aaaa) | **HASTA**(dd/mm/aaaa) | **UNIVERSIDAD / CENTRO DE ESTUDIOS** | **N° DE HORAS** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OFIMÁTICA** | **CENTRO DE ESTUDIOS O MEDIO OBTENIDO** | **NIVEL DE DOMINIO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **OFIMÁTICA** | **CENTRO DE ESTUDIOS O MEDIO OBTENIDO** | **NIVEL DE DOMINIO** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **IX. EXPERIENCIA LABORAL****a. En Otras Entidades y/o Empresas** |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o****Empresa** | **Puesto** | **Sector** | **Tipo de****Experiencia** | **Fecha de****Inicio** | **Fecha Fin** | **Tiempo Total** | **Remuneración** | **Motivo de****Cese** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 8 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 9 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 10 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 11 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 12 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 13 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 14 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 15 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 16 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 17 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 18 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 19 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 20 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
|  | **Experiencia Laboral General** | 0 años 0 meses 0 días  |  |
| **Experiencia Laboral Específica** | 0 años 0 meses 0 días |
| **Experiencia en le Sector Público** | 0 años 0 meses 0 días  |
| **b. En el Ministerio de Cultura** |
| **N°** | **N° de****Contrato** | **Órgano** | **Unidad Orgánica** | **Puesto** | **Fecha de****Inicio** | **Fecha Fin** | **Tiempo Total** | **Sueldo** | **Motivo de****Cese** |
| 1 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | 0 años 0 meses 0 días  |  |  |
|  | **Tiempo Total de Experiencia Laboral** | 0 años 0 meses 0 días |  |
|  |

|  |
| --- |
| **X. REFERENCIAS LABORALES** |
| **N°** | **Nombre de la Entidad o Empresa donde presto servicios** | **Nombres y Apellidos del Superior Inmediato** | **Puesto del Superior Inmediato** | **Teléfono del Superior Inmediato** |  |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
|  |

Lugar y Fecha,

Firma de el/la servidor/a Huella Digital

# ANEXO N°03

**DECLARACIÓN JURADA DE ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LEGADO PERSONAL**

#

**Yo, …………………………………………………… servidora / servidor del ministerio de cultura identificada / identificado con DNI N° …………………………….**

**ocupando el cargo de ………………………….. en la ………………………………..de la ………………………………………………………**

 **Marca con un aspa (X)**

 **Declaro bajo juramento que**

ssss

sssss

 **SI NO cuento con documentos para ser**

 **ingresados a mi legajo personal**

 **SI NO requiero actualizar mis Datos**

ssssss

sssss

 **Personales proporcionados al Ministerio**

 **de Cultura**

En caso de marcar SI completar la información en los siguientes cuadros

1. **Datos del contacto:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| N° | DATOS PERSONALES |  |
| 1 | DIRECCIÓN |  |
| 2 | TELÉFONO PERSONAL, TELEFONO DE EMERGENCIA |  |
| 3 | CORREO ELECTRÓNICO  | \*LLEVAR EN CASO EXISTA VARIACIÓN A LO CONSIGNADO EN FICHA DE DATOS PERSONALES PRESENTADA AL MINISTERIO DE CULTURA  |

1. **Documentos de Estado Civil Personal. Carga Familiar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| N° | DOCUMENTOS A PRESENTAR, COPIA DE DNI EN CASO DE RENOVACIÓN, PARTIDA DE NACIMIENTO, MATRIMONIO, DIVORCIO, CONVIVENCIA, ETC | ENTIDAD QUE LA EMITE | FOLIOS |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |

(puede agregar más filas en caso se requiera)

1. **Documentos de Capacitaciones Realizadas**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | NOMBRE DE LA CAPACITACIÓN EN CURSO, SEMINARIO DIPLOMADO, MAESTRÍA DIPLOMADO | FECHA DE EMISIÓN  | N° DE HORAS | N° DE CRÉDITOS | ENTIDAD QUE LA EMITE | FOLIOS |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |

(puede agregar más filas en caso se requiera)

**Observación: Los documentos de capacitación a ser incorporados. Preferentemente deben estar fedateados**

  **Marcar con un aspa (X)**

Cuento con Antecedentes Policiales, Judiciales o algún proceso abierto en el Ministerio Público o impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios no estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo N° 019-2002-PCM y otras normas relacionadas sobre las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios y servidores públicos que presten Servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual

ssss

ssassisssssss

De igual forma Declaro bajo juramento que a la fecha  **SI** NO

 del presente

Formulo la presente declaración en virtud del proceso de presunción de veracidad previstos en los artículos 4 del Título Preliminar numeral 1 y 7 Artículo 42 de la Ley N°27445 Ley del Procedimiento administrativo General, sujetándome a las acciones administrativas legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación vigente

Lugar y fecha ----------------------------------------------------------

 Firma de el/la servidora

 DNI N°:

# ANEXO N°04 DECLARACIONES JURADAS

**Yo**,…………………………………………………**.identificado (a) con DNI N.º**………….................

**Y con domicilio en**……..………………..………………………………………………………………..

# DECLARO BAJO JURAMENTO:

1. **REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS – LEY N.º 28970, su reglamento el D.S. Nº002-2007-JUS**

De 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, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas 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 Deudores Alimentarios creado por la Ley N.º 28970.

# REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCIÓN Y DESPIDO – RNSDD.

No tener inhabilitación administrativa vigente para prestar servicios al Estado conforme al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD**1**.

# REGISTRO DE DEUDORES DE REPARACIONES CIVILES – REDERECI - LEY N° 30353

De no estar inscrito(a) en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles (REDERECI)2

# DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES, POLICIALES NI JUDICIALES (Ley N° 29607)

No tener Antecedentes Penales, Judiciales ni Policiales.

# INCOMPATIBILIDADES - LEY N° 27588, LEY QUE ESTABLECE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES DE FUNCIONARIOS Y SERVIDORES PÚBLICOS Y SU REGLAMENTO APROBADO MEDIANTE EL DECRETO SUPREMO N.º 019-2002-PCM

De no tener impedimento de contratar con el Estado en la modalidad de Servicios ni estar dentro de las prohibiciones e incompatibilidades señaladas en el Decreto Supremo N.º 019-2002-PCM y otras normas relacionadas sobre las prohibiciones e incompatibilidades de los funcionarios y servidores públicos que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual.

# PROHIBICIÓN DE PERCIBIR DOBLE INGRESO POR PARTE DEL ESTADO, DECRETO SUPREMO N° 065-2011-PCM y ARTÍCULO 3 DE LA Ley N° 28175, LEY MARCO DEL EMPLEO PÚBLICO

Que no percibo del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatible la percepción simultanea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.

# NEPOTISMO LEY N.º 26771 Y DECRETO SUPREMO N.º 021-2000 PCM, Marcar con un aspa (X):

# Declaro bajo juramento, (NO) - (SI) tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad3, segundo de afinidad y por razón de matrimonio con los funcionarios de dirección y/o personal de confianza

1 De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial N° 017-2007-PCM, que aprobó la “Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD, en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo N° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el RNSDD.

2 De conformidad con lo dispuesto en el artículo 5 de la Ley N° 30353, Ley que crea el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles.

del Ministerio de Cultura, que gozan de la facultada de nombramiento y contratación de personal, o tengan injerencia directa o indirecta en el proceso de selección. La presente Declaración Jurada se formula para prevenir casos de Nepotismo, y la presento dentro del marco de la Ley N.º 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N.º 021-2000 PCM, modificado por el Decreto Supremo N.º 034-2005-PCM.

En caso de ser afirmativa la declaración, complete los siguientes datos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** | **APELLIDOS Y NOMBRES** | **PUESTO** | **GRADO DE****PARENTESCO** | **ÓRGANO/UNIDAD****DONDE LABORA** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

# IMPEDIMENTOS PARA TRABAJAR BAJO EL REGIMEN CAS

* + No contar con inhabilitación administrativa judicial o vigente para el ejercicio de la profesión, para contratar con el Estado o para desempeñar función pública.
	+ No percibir otros ingresos del Estado, salvo que dejen de percibir esos ingresos durante el período como CAS o ejerzan función docente.
	+ No tener impedimento para ser postores o contratistas y/o postular, acceder ejercer el servicio, función o cargo, expresamente previsto por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.

# DECLARACION JURADA DE FAMILIARES EN OTRAS ENTIDADES

Declaro bajo juramento, **(NO) - (SI)** tener familiares en el cargo de presidente de la República, vicepresidentes, Congresistas, ministros, Viceministros Vocales de la Corte Suprema, titulares y miembros del órgano colegiado de los Organismos Constitucionales Autónomos.

En caso de ser afirmativa la declaración, complete los siguientes datos:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **N°** |  **APELLIDOS Y NOMBRES** | **PUESTO** | **GRADO DE PARENTESCO** | **ENTIDAD** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Declaro que la información y documentación que he proporcionado es verdadera y cumple con los requisitos exigidos, en caso contrario, el acto administrativo celebrado con el Ministerio de Cultura **será nulo de pleno derecho**, conforme lo dispuesto en los artículos 10° y 33° numeral 3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General, encontrándome obligado a resarcir los daños ocasionados y a asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar conforme al ordenamiento jurídico vigente, así como a los descuentos, sanciones administrativas y penales que imponen los reglamentos y dispositivos legales correspondientes. Lo que declaro al amparo del principio de presunción de veracidad normado en el artículo 51° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Ciudad de………………………………………………………………….. en fecha ……….…..……..

 ………………………………………..…….

 FIRMA DEL DECLARANTE

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GRADO** | **CONSANGUINIDAD** | **AFINIDAD** |
| 1° | Suegro / Suegra | Padre / Madre | Hijo / Hija | Yerno / Nuera |
| 2° | Abuelo / Abuela | Hermana / Hermano | Nieta / Nieta | Cuñado / Cuñada |
| 3° | Bisabuelo / Bisabuela | Tío / Tía | Biznieto / Biznieta | Sobrino / Sobrina |
| 4° | Primos | Tíos abuelos |  |

# ANEXO N°05 DECLARACIÓN JURADA

**Yo,**……………………………………..……….**identificado (a) con DNI N.º**……..…………..............

**Y con domicilio en**……….…………………………………….……………….……………………….

# DECLARO BAJO JURAMENTO:

* **CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

Declaro bajo juramento, haber sido puesto en conocimiento y observar la Ley N° 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento, aprobado mediante el Decreto Supremo N° 033-2005-PCM.

# REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO DEL MINISTERIO DE CULTURA

Declaro bajo juramento tener conocimiento y observar las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en la Ley N° 29873 y en su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005 2012-TR

# REGLAMENTO INTERNO DE LOS/LAS SERVIDORES/AS CIVILES DEL MINISTERIO DE CULTURA

Declaro bajo juramento, haber sido puesto en conocimiento y observar el Reglamento Interno de los/las Servidores/as Civiles del Ministerio de Cultura.

# LEY N°27942, LEY DE PREVENCIÓN Y SANCIÓN DEL HOSTIGAMIENTO SEXUAL, MODIFICADA POR LA LEY N° 29430

Declaro bajo juramento, haber sido puesto en conocimiento y observar la Directiva N° 004-2018- SG/MC, Directiva que establece las acciones de prevención y sanción del hostigamiento sexual en el Ministerio de Cultura.

# RESOLUCION MINISTERIAL N.º 376-2008-TR, MEDIDAS NACIONALES FRENTE AL VIH Y SIDA EN EL LUGAR DE TRABAJO

Declaro bajo juramento, haber sido puesto en conocimiento de la Resolución Ministerial N.º 376- 2008-TR, sobre las Medidas Nacionales frente al VIH y SIDA en el lugar de Trabajo.

He sido puesto en conocimiento de las normas indicadas en la presente declaración y me comprometo a observarlas si el caso lo amerite.

Ciudad de………………………………………………… en fecha ………..……………………………

………………………………………..…….

FIRMA DEL DECLARANTE

# ANEXO N°06

# DECLARACIÓN JURADA DE NOTIFICACIÓN

Yo…..…………………………………….……............,identificado con DNI: ……………domiciliado

en:…………………………….……, distrito de……..………………..,provincia de ,

departamento con Correo Electrónico N°1:

Correo Electrónico N°2:

# Autorizo:

* Que se me notifique cualquier documento, comunicaciones y/o resoluciones que expida el Ministerio de Cultura, a través de mi correo electrónico indicado (personal y/o institucional) de conformidad con lo establecido por el numeral 20.4 del artículo 20 del TUO de la Ley Nº 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. Asimismo,

# Me comprometo a:

* Realizar un acuse de recibo en señal de recepción de las resoluciones, comunicaciones u otras notificaciones enviadas por el Ministerio de Cultura a mi (s) correo (s) electrónico(s).
* Recibir en forma física en el domicilio señalado los documentos mencionados en el párrafo anterior, dejando constancia escrita de su recepción con firma y fecha.
* Comunicar al Ministerio de Cultura la realización de cambio de mi (s) correo (s) electrónico (s) o domicilio señalado, dentro de los 05 días calendario de realizado. De no comunicarlos se entenderá notificado en los correos electrónicos y domicilio autorizados anteriormente.

En caso de no dar el acuse de recibido en un plazo máximo de tres (03) días hábiles desde el día siguiente de efectuado el acto de notificación presencial y/o mediante comunicación virtual, se entenderá como recibida y aceptada la notificación correspondiente.

Ciudad de…………..………………….. en fecha de……….…. de…………..………..de…………

………………………………………..………

 FIRMA DEL DECLARANTE

**ANEXO N° 07 - A**

**DECLARACIÓN JURADA**

(Datos de afiliación al sistema nacional de pensiones)

Nombres y apellidos : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Correo Electrónico : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono celular : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mediante el presente; declaro bajo juramento al Área Funcional de Recursos Humanos de la Dirección Desconcentrada de Cultura Cusco que:

(En el caso **de SI estar afiliado** a algún Sistema de fondos de pensiones – llenar los siguientes campos)

Estoy afiliado a la AFP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Indicar nombre de AFP)

Código CUSPP : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Indicar Código Único)

(En el caso **de NO estar afiliado** a algún Sistema de fondos de pensiones – llenar los siguientes campos)

No estoy afiliado a ningún Sistema de Fondo de Pensiones, pero deseo pertenecer al:

|  |  |
| --- | --- |
| Sistema Privado de Pensiones (**AFP**) |   |
|  |  |
| Sistema Nacional de Pensiones (**ONP)** |   |

Con esta declaración autorizo al Área Funcional de Recursos Humanos de la Dirección Desconcentrada de Cultura de Cusco, tomar en cuenta el presente documento para los fines que sean necesarios, por cuanto los datos que expongo, se ajustan a la verdad. En el caso de faltar a la verdad, eximo de toda responsabilidad al Área Funcional de Recursos Humanos. **También me comprometo informar al Área Funcional de Recursos Humanos, cualquier trámite para cambio de AFP y/o Sistema Pensionario u otro trámite concerniente a mi fondo de pensiones.**

**Cusco, \_\_\_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2021**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |   |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|   |  |
| FIRMA DEL SERVIDOR |  | HUELLA DIGITAL |