

DECLARACION JURADA PARA EL INGRESO A LAS PLANILLAS UNICAS DE PAGO

Unidad Ejecutora: 032 HOSPITAL DE HUAYCAN

CARGO: _____

GRADO DE ESTUDIOS

UNIVERSIDAD S N INS. TECNICO

ESPECIALIDAD

SI NO NIVEL

CONDICION PRESUPUESTAL:

DE PLANTA DESTACADO DESIGNADO REASIGNADO C. A. S.

FECHA DESDE : N° DE RESOLUCION _____

I. DATOS PERSONALES:

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE COMPLETO

DOMICILIO _____ TELEFONO: _____

CELULAR _____ CORREO ELECTRONICO _____

SEXO M F ESTADO CIVIL S C V D

DNI

CODIG-IPSS FECHA DE NACIMIENTO

LUGAR DE NACIMIENTO

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO

N° CUENTA DE AHORROS BANCO DE LA NACION _____

II.-LEY 28970 DEUDOR DE ALIMENTOS ARTICULO 8º

SI NO

IV ESTABLECIMIENTO DE DESTINO

A PARTIR DE FECHA EN QUE HACE POSICION DEL CARGO

ULTIMO MES DE COBRO DE HABERES EN SU DEPENDENCIA DE ORIGEN:

INDIQUE SI PERCIBE INGRESOS COMO: NOMBRADO () CONTRATADO DIRECTO ()
CONTRATADO .C.A.S. () PENSIONISTA ()

INSTITUCION : PRIVADA () ESTADO ()

ES UN PENSIONISTA : SI NO LEY 20530 LEY 19990 ONP

De ser posible: Indicar el N° de Resolución de suspensión de Pensión:
(Adjuntar copia)

III SE ENCUENTRA AFILIADO A UN REGIMEN PENSIONARIO : SI NO

- a) DECRETO LEY 19990 ONP () CAJA NACIONAL DE PENSIONES
- b) DECRETO LEY 25897 AFP () INTEGRA () PROFUTURO
- () HORIZONTE () PRIMA
- () COMISION SOBRE FLUJO () COMISION MIXTA

(Adjuntar copias de Contrato de afiliación AFP, Copia del DNI al 100%)

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS SON REALES, CASO CONTRARIO SERE MERECEDOR(a)
A LAS SANCIONES PERTINENTES QUE POR LEY CORRESPONDAN.

Huaycan de..... Del.....

FIRMA

COORDINAR CON EL CET DE REMUNERACIONES HOSPITAL DE HUAYCAN