



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

FOTO

DECLARACIÓN JURADA DE PERSONAL ACTIVO

Facultad / Dependencia	Unidad orgánica

Tipo / Resolución rectoral / Fecha de inicio / cargo

TIPO DE CONTRATO/DESIGNACIÓN/OTRO	
RESOLUCIÓN RECTORAL N°	
FECHA DE INICIO	
CARGO/PUESTO/OTRO	

I. DATOS PERSONALES

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

Doc. Identidad DNI C.E. N° Tipo de sangre:

Domicilio

Distrito	Provincia	Departamento	Teléfono casa	Teléfono Celular

E-mail personal	E-mail institucional

Estado Civil: Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo Fecha de Nac. / /

Datos y DNI del Cónyuge o conviviente:

Lugar de Nacimiento:

Distrito	Provincia	Departamento	Nacionalidad

Régimen Pensionario: SNP-19990 SPP-AFP
(completar obligatoriamente) En caso AFP, indicar el Código de identificación

En caso de no estar afiliado a la AFP, indicar si desea ser afiliado: Si No No aplica

En caso de indicar SI debe completar el formato de elección del sistema pensionario. (solicitar el formato).

NOTA: Firmar y consignar su huella dactilar en cada hoja de la declaración jurada



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Tipo de seguro médico: Essalud EPS Otros(especificar)

Identidad Étnica:

- Aymara (1), blanco (2), mestizo (3), negro/moreno/zambo/mulato/pueblo afroperuano (4) otros - especificar (5)

Lengua Materna:

Contacto en caso de emergencia

Apellidos y nombres:

Vínculo:

Celular o teléfono:

Enfermedades con las que cuenta:

Discapacidad Sí No

En caso de indicar SI, detallar el número de registro de CONADIS

En caso de indicar SI, detallar el tipo de discapacidad

N° de dosis contra la COVID-19

II. ESTUDIOS REALIZADOS

Grado de Instrucción: Primaria Secundaria Incompleta Secundaria Completa
Superior Tecnológica Superior Universitaria

Detallar la información de sus estudios secundarios:

	<i>Año de egreso</i>	<i>Colegio</i>	<i>País</i>
Secundaria			

NOTA: Firmar y consignar su huella dactilar en cada hoja de la declaración jurada



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

Indicar los grados y títulos que ostenta:

	MENCIÓN DEL GRADO O TÍTULO TÉCNICO O PROFESIONAL	CONDICIÓN	UNIVERSIDAD O INSTITUTO	PAÍS
SUPERIOR BÁSICA				
SUPERIOR TÉCNICA				
GRADO ACADÉMICO DE BACHILLER				
TÍTULO PROFESIONAL				
GRADO ACADÉMICO DE MAGISTER				
GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR				

III. DATOS BÁSICOS DE LOS DERECHO HABIENTES

Ap. Paterno Ap. Materno Nombres	Nº de Documento de Identidad	Fecha de Nacimiento / / (dd) (mm) (aaaa)	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Vínculo Familiar E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>	Incapacidad Nº de Certificado	Nº de Carta de Atención de ESSALUD	Domicilio
		/ / (dd) (mm) (aaaa)	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>			
		/ / (dd) (mm) (aaaa)	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>			
		/ / (dd) (mm) (aaaa)	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>			
		/ / (dd) (mm) (aaaa)	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>			

NOTA: Firmar y consignar su huella dactilar en cada hoja de la declaración jurada



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

		(dd) / (mm) / (aaaa)	F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> MG <input type="checkbox"/>			
--	--	----------------------	--	---	--	--	--

TENER EN CUENTA:

- "E" esposa(o), "C" Concubina(o), "MG" Madre gestante, "H" Hijo.
- Incapacidad Nro de certificado: Indique el número del certificado médico que acredita la incapacidad del hijo mayor de edad.
- Número de Carta de Atención ESSALUD: Consigne el número de la Carta de atención médica proporcionada por ESSALUD a la madre gestante.
- Domicilio: Señale si el derechohabiente vive en el mismo domicilio que usted u otro domicilio. Especificar tipo de vía (calle, avenida, etc), distrito, provincia y departamento.

La Universidad Nacional Mayor de San Marcos no se responsabiliza ante una omisión u error del interesado al registrar a los Derechohabientes, puesto que no podrán gozar de las prestaciones de salud (EsSalud).

DECLARO BAJO JURAMENTO que los datos consignados en el presente documento son veraces, completos y conforme a la realidad asumiendo la responsabilidad penal en el caso de resultar falsos, de acuerdo con la Ley N.º 2835 y Código Penal vigente.

Lima, _____ de _____ de 2023

Firma del Titular Declarante
DNI N.º



Huella Dactilar

NOTA: Firmar y consignar su huella dactilar en cada hoja de la declaración jurada



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES
LEY N.º 31564**

Yo,....., identificado(a) con DNI N.º, en
mi condición de y
con domicilio en

DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:

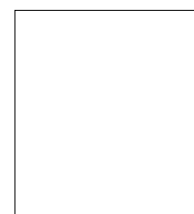
- a) *Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N.º 31564 y el artículo 16 de su Reglamento, esto es:*
- *Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.*
 - *No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.*
- b) *Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N.º 31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.*
- c) *No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N.º 31564.*

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

Lima, _____ de _____ de 20 _____

Firma
Nombres:
Apellidos:
DNI N.º



Huella Dactilar



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

**DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR DOS
REMUNERACIONES O PENSIONES**

En cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 6, inciso d), del Decreto de Urgencia N.º 090-96 y en el artículo 4, inciso d), de los Decretos de Urgencia N.ºs 073-97 y 011-99, los servidores y pensionistas comprendidos en los referidos decretos, que perciban dos remuneraciones o pensiones provenientes del Sector Público, cobrarán la bonificación, en la pensión o remuneración de mayor monto. Para tal efecto, deberán suscribir la presente declaración jurada.

El que suscribe, (A. Paterno) (A. Materno)

..... (Nombres completos) D.N.I/ C. E. (Código)

domiciliado en

con N.º de Teléfono/celular..... con Fecha de Nacimiento.....

en mi condición de de la

(Indicar Facultad/ Dependencia)

Declaro bajo juramento que, con la finalidad de no contravenir lo establecido en los citados decretos de urgencia, las bonificaciones especiales las percibiré única y exclusivamente en:

..... (Indicar el nombre de la entidad)

Complementariamente debo declarar que también presto servicios con vínculo de dependencia laboral y/o percibo pensión en las siguientes entidades estatales:

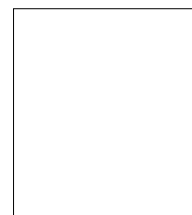
- ✓
- ✓

(Adjuntar última boleta de la otra Entidad). En caso de no prestar servicios en entidad, debe señalarlo.

Declaro conocer las consecuencias administrativas y penales por la falsedad de la información proporcionada, dispuestas en el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N.º 004-2019-JUS.

Lima,de..... de 2023

.....
FIRMA



Huella Dactilar



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACION JURADA

LEY N.º 26771 – Nepotismo
D. Supremo N.º 021-2000-PCM
D. Supremo N.º 017-2002-PCM
D. Supremo N.º 034-2005-PCM

Yo,, identificado con D.N.I.
N.º....., domiciliado en
.....Teléf /Celular.....prestando servicios en
la condición de
de la dependencia o Facultad

Resolución Rectoral con la que ingresó a laborar a la UNMSM N.º de R.R. Fecha de R.R.
Resolución Rectoral con la que mantengo vínculo laboral vigente N.º de R.R. Fecha de R.R.

(marque con un aspa)
DECLARO BAJO JURAMENTO QUE SI [] NO [] tengo vínculo familiar hasta
el 4.º grado de consanguinidad, 2.º de afinidad por parentesco o vínculo conyugal, con
alguna autoridad, funcionarios de dirección y/o de personal de confianza, servidor
Docente que presta servicios en la UNMSM.

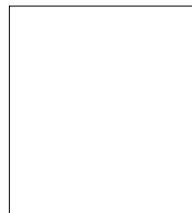
En el recuadro detallado los datos de las personas con las cuales tengo el vínculo de
parentesco o vínculo conyugal, independientemente del régimen laboral o contractual.

Table with 7 columns: Nº, Apellidos y Nombres, Nivel Jerárquico o Cargo, Facultad/ Dependencia, Grado de Consanguinidad o Afinidad, Año de Ingreso, Régimen Laboral. Rows 1, 2, 3.

Declaro conocer las consecuencias administrativas y penales por la falsedad de la
información proporcionada, dispuestas en el Texto Único Ordenado de la Ley N.º 27444,
Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por el Decreto Supremo N.º
004-2019-JUS y las sanciones administrativas y penales derivadas de la falsa
declaración.

Lima, dede 2023

- > GRADOS DE CONSANGUINIDAD:
1er. Grado: Padres – Hijos
2do. Grado: Abuelos, Nietos, Hermanos
3er. Grado: Bisabuelos, bisnietos, tíos
carnales y sobrinos
4to. Grado: Primos hermanos entre sí
> GRADOS DE AFINIDAD:
1er. Grado: Esposo (a) – Suegro (a)
2do. Grado: Esposo (a) – Cuñado (a)



.....
Firma Huella Dactilar
DNI N.º



DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA DE HABER PRESTADO SERVICIOS A OTROS ORGANISMOS DEL SECTOR PÚBLICO

D. S. N.º 017-96-PCM

En cumplimiento de lo dispuesto por la Dirección General de Administración y la Oficina General de Recursos Humanos, los funcionarios y servidores públicos deben acreditar no estar incurso en las prohibiciones e incompatibilidades contempladas en los artículos 2, 3 y 4 del Decreto Supremo N.º 017-96-PCM, actualmente vigente, para lo cual deberán efectuar la presente declaración jurada.

El que suscribe,

(A. Paterno)

(A. Materno)

(Nombres Completos)

identificado con DNI ... domiciliado en.....

..... en la condición de

..... desde el

Resolución Rectoral con la que ingresó a laborar a la UNMSM _____
Nº de R.R. Fecha de R.R.

Resolución Rectoral con la que mantiene vínculo laboral vigente _____
Nº de R.R. Fecha de R.R.

He laborado en la Administración Pública: **SI** **NO**

.....
 (Indicar el nombre de la Entidad y el Año)

Mi retiro de la Administración Pública se debió a:

EXCEDENCIA <input type="checkbox"/>	RENUNCIA <input type="checkbox"/>	a) Límite de Edad-70 años <input type="checkbox"/>
DESTITUCION <input type="checkbox"/>	CESE DEFINITIVO <input type="checkbox"/>	b) Pérdida de la Nacionalidad <input type="checkbox"/>
OTRO <input type="checkbox"/>	POR: _____	c) Incapacidad Permanente /Física/ Mental <input type="checkbox"/>
		d) Ineficiencia o Incompetencia comprobadas <input type="checkbox"/>

Precisar

No he prestado servicios anteriormente en la Administración Pública

DECLARO BAJO JURAMENTO: SI NO tener impedimento, ni estar incurso en prohibiciones e incompatibilidades legales algunas, para prestar mis servicios en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Declaro que la información proporcionada se ajusta a la verdad y tengo conocimiento que, de ser falsa, estoy sujeto a las sanciones administrativas y penales derivadas de la falsa declaración.

Lima, de de 2023

.....
 FIRMA

DNI.....



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Universidad del Perú. Decana de América
DIRECCIÓN GENERAL DE ADMINISTRACIÓN
OFICINA GENERAL DE RECURSOS HUMANOS

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER CONDENA POR TERRORISMO,
APOLOGÍA DEL DELITO DE TERRORISMO Y OTROS DELITOS (LEY N.º 30794)**

Yo,, de nacionalidad
..... y estado civil, con DNI N.º y con
domicilio en, distrito de
....., provincia de, departamento de
....., en mi condición de
.....de la (*Facultad/dependencia*).....

en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, DECLARO BAJO JURAMENTO

SÍ	NO
----	----

haber sido condenado con sentencia firme por cualquiera de los delitos señalados en
el artículo 1 de la Ley N.º 30794(*), que a continuación se señalan:

- 1) Delito de terrorismo y los procedimientos para la investigación, la instrucción y el juicio.
- 2) Apología del delito de terrorismo.
- 3) Trata de personas.
- 4) Proxenetismo.
- 5) Violación de la libertad sexual.
- 6) Tráfico ilícito de drogas.

Asimismo, declaro

SÍ	NO
----	----

 haber sido rehabilitado luego de haber cumplido la sentencia
condenatoria.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo
establecido en el artículo 411 del Código Penal, concordante con el artículo 33 del Texto Único
Ordenado de la Ley N.º 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Atentamente,

Firma del Titular Declarante

DNI N.º.....

Nombres y apellidos:



Huella Dactilar

Fecha: de de 2023

(*) De estar comprendido en alguno de los supuestos señalados, y mantiene vínculo laboral de carácter personal con el Estado, bajo cualquier modalidad, este vínculo deberá ser resuelto.