



## DECLARACIÓN JURADA 2025 PERSONAL CESANTE

<b>TIPO DE PERSONAL:</b>	Docente Cesante <input type="checkbox"/>	Administrativo Cesante <input type="checkbox"/>	Sobreviviente: Viudez <input type="checkbox"/>
			Orfandad <input type="checkbox"/>

**CONSIGNAR APELLIDOS, NOMBRES Y FECHA DE NACIMIENTO TAL COMO FIGURAN EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD:</b>	D.N.I./L.E. <input type="checkbox"/>	Carné de Extranjería <input type="checkbox"/>	Pasaporte <input type="checkbox"/>	Nro. <input style="width: 90%;" type="text"/>
--------------------------------	--------------------------------------	---	------------------------------------	---

<b>Fecha de Nacimiento:</b>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>Sexo :</b>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px;" type="text"/>	<b>teléfono:</b>	<input style="width: 80%;" type="text"/>
	Día	Mes	Año		Fem.	Masc.	Fijo	Móvil

<b>Domicilio:</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
	Av./Clle./Jr./Otros	Nº/Km/Mz/ Int/Dpto/Lote
		Urb./PPJJ/UV/Otros

<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>	<b>Estado Civil:</b>	Soltero <input type="checkbox"/>	Casado <input type="checkbox"/>
DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO			

<b>Correo Electrónico</b> <input style="width: 95%;" type="text"/>	Divorciado <input type="checkbox"/>	Viudo <input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------------

En pleno uso de mis derechos y con Pleno conocimiento del Art.42° de la Ley N°27444 Ley del Procedimiento Administrativo General y Arts.428° y 438° del Código Penal;

**DECLARO BAJO JURAMENTO LO SIGUIENTE:**

1. Que tengo vínculo laboral con otra Entidad del Sector Público (Art.7 D.Leg.276, Art.139 D.S.N°005-PCM y Art.8 del D.L.20530). **SI**  **NO**

Entidad ..... y Sector .....  
en la Entidad en mención tengo la siguiente condición:

<b>Personal Activo</b> <input type="checkbox"/>	<b>Personal Cesante</b> <input type="checkbox"/>
Con Remuneración Activa <input type="checkbox"/>	Con Pensión Activa <input type="checkbox"/>
En uso de Licencia sin goce de haber <input type="checkbox"/>	Con Pensión suspendida <input type="checkbox"/>
Periodo de Licencia.....	Periodo de Suspensión.....
Nº Resoluc (Adjuntar resolución) .....	Nº Resoluc. (Adjuntar resolución) .....

Información adicional:.....

Así como también en dicha Entidad percibo la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de Julio y Diciembre. **SI**  **NO**

2. Que, al no percibir los conceptos antes mencionados en otra Entidad del Sector Público, autorizo a la Unidad Funcional de Compensaciones y Pensiones de la UNE, se me pague la Escolaridad y los Aguinaldos de los meses de julio y diciembre **SI**  **NO**

Es de mi estricta responsabilidad suspender por escrito la percepción de estos beneficios en la Otra Entidad; alcanzando la copia y sustento correspondiente para su aplicación.

3. Estar afiliado a ESSALUD VIDA (\*)  **SI**  **NO**

**4. Datos obligatorios para la Oficina de Normalización Provisional ONP (Cálculo Actuarial):**

<b>Estado Civil Casado: Apellidos y Nombres del Esposo (a)</b>		Nº de DNI:	Fecha de Nacimiento:		
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Tiene Hija Soltera?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
<b>Tiene Hijo Invalido?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
			Sexo :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			Femen.	Mascul.	
<b>Tiene Hijos menores de 18 años?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			del último hijo menor de 18 años		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
			Sexo :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	
			Femen.	Mascul.	
<b>Tiene Madre Viva?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año
<b>Tiene Padre Vivo?</b>	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	Fecha de Nacimiento :		
			<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Día	Mes	Año

**En caso que se verifique la falsedad de todo o parte de la presente DECLARACIÓN JURADA me someto a las acciones administrativas y penales a que hubiera lugar.**

Nota: Adicionalmente a la presentación de las declaraciones juradas deberá adjuntar el escaneado legible de su DNI.

(\*) Es el seguro contra accidentes de EsSalud que otorga indemnizaciones en caso de accidentes.

Ciudad Universitaria, ..... de ..... del 2025.

.....  
FIRMA

Nº Doc. Ident.....