



PERÚ

Ministerio
del Ambiente

Instituto de
Investigaciones de la
Amazonía Peruana - IIAP



ANEXO 12

DECLARACION JURADA DE ELECCIÓN DEL SISTEMA DE PENSIONES Ley 28891 (Art. 16) D.S. 009-2008-TR, D.S. 063-2007-EF

Señores
IIAP
Presente.-

Yo, _____, identificado(a) con D.N.I. N° _____, contratado(a) por el Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana bajo el régimen laboral especial contratación administrativa de servicios, regulado por el Decreto Legislativo N° 1057, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que (marque solo una de las alternativas):

1. Deseo Permanecer en el Sistema Nacional de Pensiones:
2. Me encuentro afiliado a una AFP:
_____ (Indicar AFP)
3. Me encuentro jubilado:
_____ (Indicar modalidad de jubilación SPP-SNP²)
4. No estoy afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme a:

AFP

Sistema Privado de Pensiones

ONP

Sistema Nacional de Pensiones

Para constancia sobre la veracidad de mi voluntad, rubrico la presente al pie, imprimiendo la huella digital de mi índice derecho para efectos de identificación.

Lugar y Fecha:

_____, _____ de _____ de 20____ .

Firma del Trabajador

Huella Digital

² Para el caso de la jubilación deberá presentar copia de resolución o constancia de jubilado. Asimismo, para caso de jubilación en el SNP, deberá presentar su resolución de suspensión de la pensión.





PERÚ

Ministerio
del Ambiente

Instituto de
Investigaciones de la
Amazonía Peruana - IIAP



ANEXO 13

DECLARACION JURADA DE ELECCIÓN DE CUENTA SUELDO

Señores
IIAP

Presente.-

Yo, _____, _____, identificado(a) con D.N.I. N° _____, contratado(a) por el Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana bajo el régimen laboral especial contratación administrativa de servicios, regulado por el Decreto Legislativo N° 1057, DECLARO BAJO JURAMENTO QUE (marque solo una de las alternativas):

1. Deseo afiliarme a una cuenta sueldo:

BANCO DE LA NACION

SCOTIABANK

No afiliarme a una cuenta sueldo toda vez que me encuentro afiliado a la siguiente entidad financiera _____, cuyo número de cuenta es _____ y el código de cuenta interbancaria es _____

Asimismo, a efectos de validar dicha información, remito una copia de voucher y/o documento que acredite mi cuenta vigente.

Para constancia sobre la veracidad de mi voluntad, rubrico la presente al pie, imprimiendo la huella digital de mi índice derecho para efectos de identificación.

Lugar y Fecha:

_____, _____ de _____ de 20 ____ .

Firma del Trabajador

Huella Digital





PERÚ

Ministerio del Ambiente

Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana - IIAP



ANEXO 14

DECLARACION JURADA DE REGISTRO DE DERECHOHABIENTES Decreto Supremo N° 015-2010-TR y Res. N° 010-2011/SUNAT

DATOS PERSONALES DEL TITULAR			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES	N° DNI (*)
DOMICILIO (Dirección - Distrito - Provincia - Departamento)		CORREO ELECTRONICO	TELEFONO
DATOS DE ESPOSO (A) / CONYUGE/ CONCUBINO / GESTANTE			
APELLIDOS PATERNO	APELLIDOS MATERNO	NOMBRES	DNI O
DATOS DE HIJOS (**)			
APELLIDOS PATERNO	APELLIDOS MATERNO	NOMBRES	N° DNI (*)
N O T A	Se deberá presentar una copia del acta o partida de matrimonio con una antigüedad no menor a tres meses para el caso de cónyuge; asimismo para el caso del concubino, deberá ser la escritura pública o resolución judicial de reconocimiento de la unión de hecho (ley 29560). Igualmente para acreditar a los hijos deberá presentar copia del DNI, carné de extranjería o pasaporte.		
	En el caso de matrimonio celebrado en el extranjero el Acta o Partida de matrimonio inscrito en el Registro Consular peruano del lugar de celebración del acto o el Acta o Partida de matrimonio legalizado por el consulado peruano de su jurisdicción y por el Ministerio de Relaciones Exteriores e inscrito en la municipalidad o RENIEC.		
	En el caso de la madre gestante se deberá presentar Escritura Pública, testamento o la sentencia de declaratoria de paternidad que acredite el reconocimiento del concebido.		
	En el caso de hijo(s) mayor de 18 años incapacitados de forma permanente, se deberá presentar una Resolución de Incapacidad otorgada por el Centro Asistencial de EsSalud, la misma que es tramitada por el titular, según los procedimientos aprobados por dicha entidad.		

(*) Adjuntar copia simple del DNI (Legible)
(**) Menores de 18 años o incapacitados de forma permanente
Lugar y Fecha: _____, _____ de _____ de 20

Firma del Trabajador

Huella Digital

