



DEPARTAMENTO DE RECURSOS HUMANOS

DECLARACION JURADA

1. PARA EL SISTEMA PREVISIONAL DE PENSION

NOMBRE:

AREA:

DNI N° :

L.M.N°

FECHA DE INGRESO:

Por el presente documento declaro al Servicio de Administración Tributaria de Chiclayo

- (*) SI estoy afiliado a la AFP.....
(indicar nombre)
Código Unico
- NO estoy afiliado a ninguna AFP
- Estoy afiliado a la SNP
- NO estoy afiliado a la SNP
- NO deseo afiliarme a la SNP o a ninguna AFP
- Deseo Continuar
- Deseo cambiar
- Deseo Afiliarme a la aFP(**)
- Deseo Continuar
- Deseo cambiar

2. PARA INSCRIPCION A ESSALUD

. INDICAR N° DE AUTOGENERADO :
(Adjuntar fotocopia de la tarjeta de acreditación de derecho)

. REQUIERO INSCRIPCION EN ESSALUD
(Adjuntar DNI Original y fotocopia)

Con esta Declaración libero al Departamento de Recursos Humanos de toda responsabilidad por cuanto los datos que expongo se ajustan a la verdad.

Fecha:/...../.....

.....
FIRMA DEL SERVIDOR

(*) Adjuntar copia del Contrato

OBSERVACIONES:

(**) De solicitar la afiliación a AFP, se deberá llenar el Formulario que expide la Superintendencia de Banca y Seguros