



PERÚ

Ministerio  
de Educación

## FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITES (F.U.T.)

RM N° 0445-2012-ED  
DISTRIBUCIÓN GRATUITA

### I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

### II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE

### III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI:

RUC:

C.E.

### IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VIA:

Avenida:

Jirón:

Calle:

Pasaje:

Carretera:

Prolongación:

Nombre de la vía:

N° de Inmueble:

Block:

Interior:

Piso:

Mz:

Lote:

Km:

Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización:

Pueblo Joven:

Unidad Vecinal:

Conjunto Habitacional:

Asentamiento Humano:

Cooperativa:

Residencial:

Zona Industrial:

Centro Poblado:

Caserío:

Asociación:

Grupo:

Fundo:

Otros (especificar):

Nombre de zona:

Referencia:

Departamento:

Provincia:

Distrito:

Teléfonos:

Autorizo se me notifique

al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

### V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

### VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

Para consultas sobre su trámite ingrese a : [www.minedu.gob.pe](http://www.minedu.gob.pe) y haga click en:

Consultas sobre su  
Trámite SINAD

o llame al 6155877

MINEDU

## ANEXO 9

### DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN EN EL ESTADO

Yo,

.....  
 identificado con DNI N° ..... con dirección  
 domiciliaria: ..... en el  
 Distrito: ..... Provincia: ..... Departamento: .....

#### DECLARO BAJO JURAMENTO:

|           |           |
|-----------|-----------|
| <b>NO</b> | <b>SI</b> |
|-----------|-----------|

Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (\*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 6.8.4 de la Norma Técnica).

|           |           |
|-----------|-----------|
| <b>NO</b> | <b>SI</b> |
|-----------|-----------|

Percibo otra remuneración a cargo del Estado, o Percibiré ya que me encuentro adjudicado.

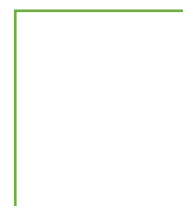
En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

|                                                                                          |                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado: |                                            |
| Cargo que ocupa/rá:                                                                      |                                            |
| Condición Laboral:                                                                       | ( ) Nombrado ( ) Contratado ( ) Adjudicado |
| Horario Laboral:                                                                         |                                            |
| Dirección de la institución:                                                             |                                            |

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de ..... a los ..... días del mes de ..... del 20.....

.....  
 Firma  
 DNI



Huella

\*Artículo 40 de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175, Ley Marco del Empleo Público.  
 La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

**ANEXO 8**  
**DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES<sup>1</sup>**

Yo,

.....  
identificado con DNI N° .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

(SI) me encuentro afiliado(a) al siguiente Sistema Pensionario:

|                                                              |                                                                     |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> SNP (Sistema Nacional de Pensiones) | <input type="checkbox"/> SPP (Sistema Privado de Pensiones)         |
|                                                              | Integra <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/> |
|                                                              | Hábitat <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/>     |

CUSPP:

Fecha Afiliación:

No estar afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

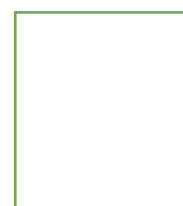
(    ) Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

(    ) Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

Firma  
DNI



Huella

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, la información que consigno en el presente documento es real y veraz, en caso de detectarse fraude o falsedad, me someteré a la sanción que establece la Ley.

<sup>1</sup> En el marco de lo establecido en el artículo 16 de la Ley N° 28991, y en los Decretos Supremos N° 009-2008-TR y N° 063-2007-EF

**ANEXO 7**  
**DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO**

Yo,.....  
Identificado (a) con D.N.I. N° ....., y domicilio actual  
en.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de  

|           |           |
|-----------|-----------|
| <b>NO</b> | <b>SI</b> |
|-----------|-----------|

 afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios  
o directivos de la UGEL o miembros del Comité.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

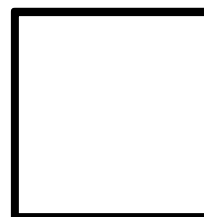
|                                                                                                                                             |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad. |  |
| Cargo que ocupa                                                                                                                             |  |
| El grado de parentesco                                                                                                                      |  |

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....

(Firma)



Huella digital

DNI: .....

**ANEXO 6**  
**DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN DE AUXILIARES DE EDUCACIÓN**

Yo,.....  
Identificado (a) con D.N.I. N° ....., y domicilio actual en....., correo electrónico.....y teléfono.....

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

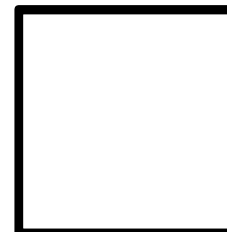
|    |    |                                                                                                                                                                                   |
|----|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NO | SI | Cumplir con los estudios superiores y requisitos específicos para la modalidad, nivel/ciclo educativo para el cual postula.                                                       |
| NO | SI | Tener buena conducta.                                                                                                                                                             |
| NO | SI | Gozar de buena salud física y mental que permita ejercer el cargo de auxiliar de educación.                                                                                       |
| NO | SI | Haber sido sentenciado por delito doloso con carácter de cosa juzgada.                                                                                                            |
| NO | SI | Haber sido sancionado o estar cumpliendo sanción administrativa por falta muy grave bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco años.                                    |
| NO | SI | Estar inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.                                                                                            |
| NO | SI | Haber sido sentenciado por delito de terrorismo, apología del terrorismo, delito contra la libertad sexual, delitos de corrupción de funcionarios o delitos de tráfico de drogas. |
| NO | SI | Haber sido sentenciado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988, Ley N° 30901 y Ley N°30794.                                                                     |
| NO | SI | Estar comprendido en los delitos detallados en el artículo 2 de la Ley N° 30901.                                                                                                  |
| NO | SI | Tener vigente una medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.                                                                          |
| NO | SI | Tener menos de 65 años de edad.                                                                                                                                                   |
| NO | SI | Ser peruano de nacimiento, de estar postulando a una vacante en una IE ubicada en zona de frontera.                                                                               |
| NO | SI | Estoy inscrito/a en el registro de deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del estado (REDERECI)                                                                  |
| NO | SI | Contar con inhabilitación o suspensión vigente, administrativa o judicial inscrita o no en el registro nacional de sanciones contra servidores civiles (RNSSC)                    |
| NO | SI | La veracidad de la información y de la documentación que adjunto en copia simple.                                                                                                 |

Doy a conocer y autorizo<sup>1</sup> al Jefe de personal, al Comité o al director/a de la IE, a ser notificado/a a través del correo electrónico y teléfono señalado en la presente, del resultado de la evaluación o la propuesta para acceder a una plaza de contrato de auxiliar de educación.

Firmo la presente declaración de conformidad y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20....

.....  
(Firma)  
DNI: .....



Huella digital

<sup>1</sup> Ley N° 29733, Ley de Protección de Datos, Título I artículo 5 Principio de consentimiento