**DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE DE POSGRADO**

Yo,

***INDICAR SU NOMBRE COMPLETO TAL COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Identificado con el documento

***INDICAR SU NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Tipo de documento

***INDICAR EL TIPO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Domiciliado en

***INDICAR EL DOMICILIO TAL COMO INDICA EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

DECLARO lo siguiente:

Los datos consignados (Apellidos, Nombres y Número de Documento) son los mismos que figuran en mi documento de identidad (DNI, Pasaporte o Carné de Extranjería).

Conocer lo dispuesto en el Reglamento de Admisión de Posgrado.

Cumplir con los requisitos para participar como postulante a la universidad en el PROCESO DE ADMISIÓN 2024-II en el

***INDICAR PROGRAMA AL QUE SE ESTÁ INSCRIBIENDO***

Modalidad a distancia del INSTITUTO PARA LA CALIDAD DE LA EDUCACIÓN, de la sede de Lima, en la Modalidad de CONCURSO ORDINARIO DE ADMISIÓN.

No haber sido condenado con sentencia consentida o ejecutoria por los delitos de terrorismo, apología del terrorismo, violación de la libertad sexual y/o tráfico ilícito de drogas.

No estar comprometido en delito de SUPLANTACIÓN DE IDENTIDAD en algún Proceso de Admisión de esta u otra universidad del país o el extranjero.

En caso de obtener una vacante, me comprometo a presentar los documentos requeridos en los plazos establecidos por la universidad en caso sea necesarios en las fechas establecidas por esta.

En caso de incumplimiento, quedaré impedido de seguir cualquier procedimiento académico o administrativos hasta que regularice mi documentación, eximiendo de toda responsabilidad a la universidad y renunciando a cualquier reclamo de mi parte.

Autorizo a la Universidad de San Martín de Porres la verificación de la presente DECLARACIÓN JURADA, asumiendo la responsabilidad civil y/o penal de comprobarse la falsedad de la información registrada al momento de mi inscripción.

Autorizo a la USMP el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la Política de Privacidad de la USMP (de conformidad con la Ley N°29733 – Ley de Protección de Datos Personales).

***INDICAR DEPARTAMENTO, FECHA Y AÑO***

|  |
| --- |
| ***COLOCAR FIRMA AQUÍ*** |

Firma del postulante

***TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

**(Deberá ser llenado por quien será responsable del pago de las pensiones**

**durante la permanencia del alumno en la universidad)**

**ANEXO 1**

**DECLARACIÓN JURADA DE PREVENCIÓN DE LAVADO DE ACTIVOS Y**

**FINANCIAMIENTO DE TERRORISMO (LEY 27693)**

El abajo firmante (en cumplimiento de la ley 27693):

Apellidos y Nombres del Postulante: ***NOMBRE COMPLETO TAL COMO APARECEN EN DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Documento de Identidad: ***TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Dirección: ***TAL COMO APARECE EN EL DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Teléfono: ***USAR UN NÚMERO ACTIVO, USMP CONSIDERARÁ UNA FALTA EL COLOCAR INFORMACIÓN FALLIDA***

Correo Electrónico: ***USAR UN MAIL ACTIVO, USMP CONSIDERARÁ UNA FALTA EL COLOCAR INFORMACIÓN FALLIDA***

Actividad Económica (laboral): ***SER BREVE***

Declara bajo juramento, lo siguiente:

Por la presente y conforme a la Ley 27693 de Prevención de Lavado de Activos y Financiamiento de Terrorismo y

sus modificatorias; y a la Resolución SBS N° 2660:2015: “Reglamento de Gestión de Riesgos de Lavado de Activos y

del Financiamiento del Terrorismo” en calidad de responsable del pago de las pensiones del alumno (en caso ingrese

a la USMP):

CERTIFICA CON CARÁCTER DE **DECLARACIÓN JURADA** QUE:

El dinero involucrado en las operaciones de pago de las pensiones por el servicio de enseñanza superior y otros

pagos afines a este servicio prestado por la UNIVERSIDAD DE SAN MARTÍN DE PORRES con RUC 20138149022,

es de origen lícito y su procedencia se deriva de la actividad económica que declaro en la presente.

La Universidad podrá comprobar la veracidad de esta declaración por los medios que considere conveniente,

incluyendo consultas a las centrales de riesgo del sistema financiero. La información aquí detallada tiene carácter

reservado y será tratada como tal por la Universidad de San Martín de Porres. Solo podrá ser entregada a las

autoridades en cumplimiento de dispositivos legales expresos o bajo orden judicial.

Autorizo a la USMP el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la Política de Privacidad de la USMP (de

conformidad con la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales).

***INDICAR DEPARTAMENTO, FECHA Y AÑO***

|  |  |
| --- | --- |
| ***COLOCAR FIRMA AQUÍ*** | ***\*\*COLOCAR AQUÍ******HUELLA DIGITAL******QUE APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD\*\**** |
| Firma del declarante***TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD*** | Huella Digital |

**COMPROMISO DE HONOR**

Yo: ***NOMBRE COMPLETO TAL COMO APARECEN EN DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Identificado con el documento de identidad: ***TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

Postulante a la universidad en el **PROCESO DE ADMISIÓN 2024-II** en el programa de:

***INDICAR EL NOMBRE COMPLETO DEL PROGRAMA A INSCRIBIRSE***

Modalidad a distancia, en el Instituto para la Calidad de la Educación, en la Modalidad de CONCURSO ORDINARIO DE ADMISIÓN, en la Sede de LIMA; mediante el presente documento declaro que los datos registrados son idénticos a mi documento de identidad y me comprometo formalmente ante la universidad a actualizar mi inscripción presentando el (los) documento(s) faltante(s) (\*) en caso la Universidad lo requiera en las fechas establecidas por esta.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| REQUISITO (Llenado exclusivo por el personal autorizado) | SI | NO |
| COPIA LEGALIZADA DEL DOCUMENTO DE IDENTIDAD | x |  |
| COPIA FEDATEADA O LEGALIZADA DEL GRADO REQUERIDO PARA EL PROGRAMA | x |  |

***En caso de incumplimiento a la fecha establecida, quedaré impedido de continuar procesos administrativos y académicos hasta que regularice mi documentación, eximiendo de toda responsabilidad a la universidad y renunciando a cualquier reclamo de mi parte.***

*(\*) El(los) documento(s) faltante(s) se recibirá(n) en su totalidad, en el tiempo establecido.*

Autorizo a la USMP el tratamiento de mis datos personales, de acuerdo con la Política de Privacidad de la USMP (de conformidad con la Ley N° 29733 - Ley de Protección de Datos Personales).

***INDICAR DEPARTAMENTO, FECHA Y AÑO***

|  |
| --- |
| **COLOCAR FIRMA** |

**Firma del postulante**

***TIPO Y NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD***

- - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - - -

**CARGO DEL COMPROMISO DE HONOR**

Mediante el presente documento declaro que los datos registrados son idénticos a mi documento de identidad y me comprometo formalmente ante la universidad a actualizar mi inscripción presentando el (los) documento(s) faltante(s) (\*) en caso la Universidad lo requiera en las fechas establecidas por esta.

***En caso de incumplimiento a la fecha establecida, quedaré impedido de continuar procesos administrativos y académicos hasta que regularice mi documentación, eximiendo de toda responsabilidad a la universidad y renunciando a cualquier reclamo de mi parte.***

*(\*) El(los) documento(s) faltante(s) se recibirá(n) en su totalidad, en el tiempo establecido.*