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

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

**DECLARACIÓN JURADA DEL POSTULANTE DE POSGRADO**

**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 |