

**DECLARACION JURADA
(para imponentes en AFP)**

Fecha : _____

Yo _____ Rut _____

Declaro bajo juramento:

1. a) Estar incorporado(a) a la siguiente Administradora de Fondos de Pensiones:
(debe adjuntar certificado de afiliación)

_____ desde el _____

b) ☐ SI ☐ NO *(tengo otro(s) empleador(es)

c) ☐ SI ☐ NO (cotizo sobre tope de 87,8 UF)

Me comprometo a avisar a la UNIDAD DE REMUNERACIONES cuando, con otro(s) empleador(es), mis cotizaciones estén BAJO o SUPEREN el tope de las 87,8 UF.

(adjuntar Certificado de Renta de otro(s) empleador(es) o certificado de cotizaciones de la AFP, sólo si su respuesta es SI)

2. Estar incorporado en:
(adjuntar certificado de afiliación de la Isapre que indique el Plan de Salud contratado)

☐ Fonasa

☐ Isapre _____

☐ Otro tengo otro empleador que descuenta mi plan de Isapre completo, por lo tanto, USACH solo debe descontar el 7% obligatorio

Me comprometo a comunicar a la USACH cualquier cambio de plan o institución de salud.

3. Declaro que:

☐ SI ☐ NO soy Jubilado(a) o Pensionado(a) de la siguiente institución:



4. Declaro que:

a) En la Administración Pública:

☐ Ya pertenezco ☐ Ingreso por primera vez ☐ Me reincorporo

b) En la Universidad de Santiago de Chile:

☐ Ya pertenezco ☐ Ingreso por primera vez ☐ Me reincorporo

5. Declaro que desempeño:

(completar sólo si declaró que pertenece a la Administración Pública)

☐ Cargo ☐ Horas Nro. de horas: _____

6. Declaro que he tomado conocimiento de que sólo puedo impetrar beneficio de Asignación de antigüedad hasta 6 meses retroactivos, contados desde la fecha de presentación de la solicitud.

(presentar certificados de años de servicio servidos en la Administración Pública, señalando si tuvo permisos sin goce de sueldo)

Esto es válido sólo si declaró que se está reincorporando a la Administración Pública.

Declaro que los datos consignados en la presente declaración jurada son expresión fiel de la verdad, por lo tanto, soy responsable de la información entregada.

FIRMA DECLARANTE

