

NUEVA DECLARACIÓN JURADA PARA RETENCIONES DE QUINTA CATEGORÍA AÑO 2020

SEGÚN DECRETO SUPREMO N° 033-2017-EF (PUBLICADO EL 28 DE FEBRERO DE 2017)

I. DATOS DEL COLABORADOR

Apellidos : _____
Nombres : _____
Domicilio : _____
Doc. De Identidad : _____

II. REMUNERACIONES PERCIBIDAS :

(Marque con una X)

☐

A partir de la fecha, la empresa _____ es mi único empleador y desde el 01 de ENERO del 2020 a la fecha:

☐

No he percibido rentas de Quinta Categoría.

☐

Si he percibido rentas de Quinta Categoría, por lo cual adjunto copia(s) de mi(s) certificados de Retenciones de Quinta Categoría del año _____.

☐

Si he percibido rentas de Quinta Categoría, pero el anterior empleador no me ha entregado copia(s) de mi(s) certificados de Retenciones de Quinta Categoría del año _____, por lo tanto declaro lo siguiente:

Total Ingresos afectos a Renta de Quinta Categoría S/. _____

Total Retenciones de Quinta Categoría S/. _____

III. EN CASO DE TENER OTRO EMPLEADOR, COMPLETAR LA SIGUIENTE INFORMACIÓN :

☐

La empresa _____ es mi empleador principal (*) y actualmente percibo, en forma adicional, ingresos que generan renta de Quinta Categoría en una o varias empresas adicionales, por lo cual informaré mensualmente hasta el 15 de cada mes el importe percibido en las otras empresas.

☐

La empresa _____ no es mi empleador principal (*), por lo tanto, solicito no se me efectúen las retenciones correspondientes al Impuesto a la Renta de 5ta Categoría.

Firmo la presente Declaración Jurada en señal de conformidad.

Lima, _____ de 2020

(Firma del Empleado)

(*) Empleador Principal es el que genera al Empleado sus mayores ingresos

Lima, de de 202 .

Señores

Presente.-

Asunto: Declaración de Afiliación a Régimen de Pensión

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, yo..... ,
con documento de identidad (tipo)..... (N°)..... , declaro
que:

	AFP	ONP
1. Me encuentro afiliado al Régimen de Pensión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	AFP	ONP
2. No me encuentro afiliado, deseo afiliarme a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si marca la opción 2, sírvase llenar el Formato de Elección al Sistema Pensionario.

Atentamente,

(Firma del Empleado)

Lima, de de 202 .

Señores

Presente.-

**Asunto: Comprobante de Información Recibida EsSalud + Vida Seguro
de Accidentes**

De nuestra consideración:

Por medio de la presente, yo..... ,
con documento de identidad (tipo)..... (N°)..... , declaro
que:

	SI	NO
1. Me encuentro afiliado EsSalud + Vida Seguro de Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	SI	NO
2. Sí marca la opción NO, confirmar si desea afiliarse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Atentamente,

(Firma del Empleado)