**DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN**

**Y HABILITACIÓN**

Yo, …………………………………………………………………………………………………………. identificado(a) con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº ……………………………….., con domicilio ubicado en, ………………………………………………………………………………………………………. del distrito de ………………………………….., provincia de ……………………………………………. departamento de ……………………………………, Declaro:

* Contar con documentación que se incluye en el Currículum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.
* Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.
* No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
* No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
* No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECI) – Art. 52 Ley N° 30353.
* Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
* Contar con la habilitación profesional conferida por el colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda (Solo aplica si el perfil del puesto exige colegiatura).

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**DECLARACIÓN JURADA**

El que suscribe ………………………………………………………..………….………………………………

………………........................................................................... identificado con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº ............................................, declaro bajo juramento:

1. No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
3. Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
4. Percibo otra remuneración o ingreso del Estado:

 No

 Si especificar: Remuneración:

 Pensión:

 Otros: especificar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Monto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Entidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO**

Yo,………………………………………………………………….…………….……….., identificado/a con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº …………..……………., al amparo del Principio de Presunción de Veracidad previsto en el numeral 1.7 del artículo IV y en el artículo 51 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

( ) Sí / ( ) No, tengo la RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO familiares hasta el 4º grado de consanguinidad, 2º de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho o convivencia, que gocen de la facultad de designar, nombrar, contratar o influenciar de manera directa o indirecta en el ingreso a laborar a la Entidad.

Por lo cual declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley Nº 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 021-2000-PCM y sus modificatorias. Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure ACTO DE NEPOTISMO, conforme a lo dispuesto en las normas sobre la materia.

Manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento que si lo declarado es falso, estoy sujeto/a a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal[[1]](#footnote-1).

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**Nota:** En caso de tener parientes que laboren en LA RED DE SALUD DE, deberá completar el Anexo adjunto

**ANEXO**

**DATOS DE LOS FAMILIARES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nº** | **Nombres y Apellidos** | **Parentesco** | **Órgano/Unidad Orgánica donde labora** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**GRADOS DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1º Grado | Padres | Hijo(a) | Suegro(a) | Yerno/Nuera | Hijo(a) del cónyuge que no es hijo del servidor |
| 2º Grado | Nieto(a) | Hermano(a) | Abuelo(a) | Cuñado(a) | Nieto(a) (hijo del hijo del cónyuge que no es hijo del servidor) |
| 3º Grado | Bisnieto(a)/Bisabuelo(a) | Tío(a) | Sobrino(a) |  |  |
| 4º Grado | Tataranieto(a)/Tatarabuelo(a) | Primo(a) hermano(a) | Tío(a) Abuelo(a) /Sobrino(a) nieto(a) |  |  |

**Leyenda:**

Consanguinidad Afinidad

**Nota:** El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de grado de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por la disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso de divorcio y mientras viva el ex cónyuge (artículo 237 del Código Civil).

**DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

Yo, ………………………………………………………………………………..………..…, identificado con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº ………………........…, declaro bajo juramento lo siguiente:

1. Guardar reserva y no revelar, difundir o entregar, ni hacer pública por medio alguno, cualquier información o asunto a la que pueda acceder directa o indirectamente con ocasión del ejercicio de las actividades en el Ministerio de Salud.
2. A no emplear en provecho propio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros, información confidencial conforme a los alcances de la Ley N° 29733, Ley de protección de datos personales; tampoco, aquella que sin tener reserva legal pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante a la cual haya podido tener acceso directo o indirecto en el Ministerio de Salud
3. No retirar documentación confidencial, ni en medio físico ni electrónico, del Ministerio de Salud, conforme a las disposiciones contenidas en la Directiva
N° 227-MINSA/2017/OGTI “Organización del Sistema de Gestión de Seguridad de la Información del Ministerio de Salud”, aprobada por Resolución Ministerial N° 074-2017/MINSA.
4. Conocer los alcances de la Ley Nº 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual; y, su Reglamento aprobado por Decreto Supremo Nº 019-2002-PCM.

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA**

Yo, ……………………………………………………………………………………………...…, identificado con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº …………..……, declaro bajo juramento lo siguiente:

**DECLARO QUE:**

1. He recibido un ejemplar que contiene los alcances de la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
2. Tengo pleno conocimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N° 27815 “Ley del Código de Ética de la Función Pública”.
3. Me comprometo a cumplir estrictamente con los principios, deberes y prohibiciones éticos que en ella se establecen.

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**AUTORIZACIÓN POR EPS**

Yo, ……………………………………………………………………………………………...…, identificado

con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº …………..……, declaro bajo juramento lo siguiente:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de manifestar que a través del presente hago de conocimiento que los EPS correspondientes según norma serán asumidos por mi persona como trabajador, el cual tendrá vigencia mientras dure el contrato con la Entidad Prestadora de Salud.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

**FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACION**

**POR CORREO ELECTRÓNICO**

Yo, ………………………………………………………………………………………………identificado(a) con DNI 🞏 CE 🞏 PAS 🞏 Nº …………………………………………, mediante este documento autorizo a LA ENTIDAD, para que las comunicaciones que se emitan dentro del vínculo laboral, sean notificadas en el buzón electrónico siguiente:

Correo electrónico 1: …………………………………………………………………..

Correo electrónico 2: …………………………………………………………………..

Correo electrónico 3: Cuenta de correo electrónico asignada por la institución,

en caso corresponda.

Precisando que el correo electrónico, un medio de comunicación alternativo y de conformidad con lo dispuesto en la cláusula vigésimo tercera del presente contrato administrativo de servicios, suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL**

|  |
| --- |
| **SISTEMA PREVISIONAL: marcar con una "x" según corresponda y llenar datos** |
| **Expreso mi consentimiento a afiliarme al:**  |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente. |  |  |  |  |  |  |  |   |
| **Estoy afiliado al siguiente régimen:** |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |   |
|  SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) |   |  | Fecha de Afiliación |  / / |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|  SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) |   |  | Fecha de Afiliación |  / / |  |   |
|   |  |  |  |  |  |   |   |
|   |  | AFP INTEGRA |   |  AFP PRIMA |   |   |
|   |  |  |   |  |  |   |   |   |
|   |  | AFP HABITAT |   |  FP PROFUTURO |   |   |
|   |  |  |   |  |  |   |   |
|  **Soy pensionistas del:** |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |   |   |   |   |   |   |
|  D.L. 20530 |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|  D.L. 19990 |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|  OTROS (PRECISAR) |   |  |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |   |
|  …………...……………………………………………………… |  |  |  |  |  |  |   |
|  DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:  |  |  |  |  |  |  |   |
|  Resolución de Pensionista |   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  Resolución de Suspensión de Pensión |   |  |  |  |  |  |   |
|   |  |  |  |  |  |  |  |   |
|  Carta Declaración de Voluntad de No aporte  |   |  |  |  |  |  |   |
|  SPP por ser Pensionista |
|   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DATOS DEL TRABAJADOR**

Apellido Paterno: ……………………………………………………………………..............................................................................

Apellido Materno: …………………………………………………………………….............................................................................

Nombres: ………………………………………………………………………………................................................................................

Tipo de documento: DNI🞏 CE🞏 Pasaporte🞏 Otro: ……………………………………………………………………………….........

Número de documento: ……………………………………………………………………………….........................................................

Sexo: F 🞏 M 🞏 / Fecha de nacimiento: …………../…………../…………../

Domicilio: Avenida Calle Jirón Otro……………………………………………….

 Distrito: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Provincia: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Departamento: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Correo electrónico: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Teléfono de casa:…………………………………………. Celular:………………………………………………………………………………………

**DATOS DE LA ENTIDAD**

Nombre o Razón social : MINISTERIO DE SALUD

Departamento : LIMA

RUC : 20131373237

**DATOS DEL VÍNCULO LABORAL**

Fecha de inicio de relación laboral: …………../…………../…………../

Elección del sistema pensionario:

🞏 Sistema Privado de Pensiones (AFP)

🞏 Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Yo, ….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. con documento de identidad Nº ……………………………………………………, mediante este documento autorizo el envío mensual de mi Estado de Cuenta por correo electrónico, de acuerdo al artículo 103º de la Resolución 080-98-SAFP, desde la fecha de suscripción del presente.

**Importante:** Si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el artículo 16º de la Ley Nº28991 establece que el empleador lo deberá afiliar a la AFP ganadora de la licitación: AFP Integra. De acuerdo a las medidas de simplificación y eficiencia administrativa, aceptas de manera expresa el envío de notificaciones e información por correo electrónico a la dirección de correo electrónico que constará en tu contrato de afiliación o que posteriormente actualices a través de nuestros canales correspondientes. Las notificaciones por correo electrónico e información que te enviemos corresponden al trámite de carácter pensionario y no pensionario que realices con AFP Integra.

🞏Autorizo incorporar mis datos personales en la base de datos de AFP Integra.

Ciudad de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma del trabajador

**Constancia de Entrega del Boletín Informativo acerca de las características del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y del Sistema Nacional de Pensiones (SNP)**

Por medio del presente documento dejo constancia de:

1. Haber recibido de parte de mi empleador **MINISTERIO DE SALUD** con RUC **20131373237** los siguientes documentos:
2. El Boletín Informativo acerca de las características del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y del Sistema Nacional de Pensiones (SNP).

1. El Formato de Elección del Sistema Pensionario, mediante el cual podré elegir el sistema de pensiones al cual deseo afiliarme.

2. Conocer que en el caso de estar iniciando labores:

1. Debo entregar a mi empleador el Formato de Elección del Sistema Pensionario manifestando mi decisión en un plazo máximo de 10 días calendarios, contados a partir de hoy.

1. De no entregar a mi empleador el Formato de Elección del Sistema Pensionario manifestando mi decisión en el plazo de 10 días calendarios, contados a partir de hoy, seré afiliado por el mismo al Sistema Privado de Pensiones bajo las condiciones indicadas en el Boletín informativo que me ha sido entregado.

Datos del Trabajador:

Nombres y Apellidos:………………………………………………………………………………………………………………..

Tipo y número de documento de identidad: ………………………………………………………….

Ciudad, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Firma

**FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE LA COVID-19**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Unidad Orgánica / Oficina |  |
| Celular |  |
| Domicilio |  |
| Correo Electrónico |  |
| DNI |  | Edad |  |

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, que en los últimos 14 días calendario he tenido alguno de los síntomas siguientes:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspecto a evaluar** | **Marque lo correspondiente:** | **Observaciones** |
| **SI** | **NO** |
| 1 | Sensación de alza térmica o fiebre |  |  |  |
| 2 | Tos, estornudos o dificultad para respirar |  |  |  |
| 3 | Expectoración o flema amarilla o verdosa |  |  |  |
| 4 | Pérdida del gusto y/o olfato |  |  |  |
| 5 | Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 |  |  |  |
| 6 | Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles) |  |  |  |

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte. He sido informado que de omitir o declarar información falsa puedo perjudicar la salud de mis compañeros de trabajo, y la mía propia, asumiendo las responsabilidades que correspondan.

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

HUELLA

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FIRMA***

**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Apellidos y Nombres |  |
| Unidad Orgánica / Oficina |  |
| Celular |  |
| Domicilio |  |
| Correo Electrónico |  |
| DNI |  | Edad |  |

Por medio de la presente, **DECLARO BAJO JURAMENTO**, encontrarme dentro del grupo de servidores con riesgo vulnerable por tener:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aspecto a evaluar** | **Marque lo correspondiente:** | **Observaciones** |
| **SI** | **NO** |
| 1 | Edad mayor a 65 años |  |  |  |
| 2 | Hipertensión arterial no controlada |  |  |  |
| 3 | Enfermedades cardiovasculares graves |  |  |  |
| 4 | Cáncer |  |  |  |
| 5 | Diabetes Mellitus |  |  |  |
| 6 | Asma moderada o grave |  |  |  |
| 7 | Enfermedad pulmonar crónica |  |  |  |
| 8 | Insuficiencia renal crónica en tratamiento con hemodiálisis |  |  |  |
| 9 | Enfermedad o tratamiento inmunosupresor |  |  |  |
| 10 | Obesidad con IMC de 40 a más (\*) |  |  |  |
| 11 | Otros |  |  |  |

*(\*) El índice de masa corporal (IMC) se determina usando la formula peso(kg) / estatura(m)^2 Ejemplo: Peso 68 kg, Estatura = 1.66 m, Cálculo IMC = 68 / (1.65) (1.65) = 24.98*

La información brindada en la presente Declaración Jurada es verdadera, en consecuencia, asumo la responsabilidad que pudiera devenir de la comprobación de su falsedad o inexactitud, así como la presentación de los documentos que acrediten tal condición a solicitud del Ministerio de Salud.

Lima, \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ del 20\_\_\_\_.

HUELLA

***\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

***FIRMA***

1. **Falsa declaración en procedimiento administrativo**

**Artículo 411.-** El que, en un procedimiento administrativo, hace una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de cuatro años.

**Falsedad genérica**

**Artículo 438.-** El que de cualquier otro modo que no esté especificado en los Capítulos precedentes, comete falsedad simulando, suponiendo, alterando la verdad intencionalmente y con perjuicio de terceros, por palabras, hechos o usurpando nombre, calidad o empleo que no le corresponde, suponiendo viva a una persona fallecida o que no ha existido o viceversa, será reprimido con pena privativa de libertad no menor de dos ni mayor de cuatro años. [↑](#footnote-ref-1)