



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y HABILITACIÓN

Yo,
identificado(a) con DNI CE PAS N°, 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 (REDERECCI) – 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.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe
..... identificado con DNI CE PAS N°
....., declaro bajo juramento:

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

No

Si especificar: Remuneración:

Pensión:

Otros: especificar: _____

Monto: _____

Entidad: _____

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,....., identificado/a con DNI CE PAS N°, 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 N° 26771 y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 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 Penal¹.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

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.



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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

ANEXO DATOS DE LOS FAMILIARES

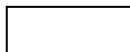
Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	Órgano/Unidad Orgánica donde labora

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).



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo,, identificado con DNI CE PAS N°, 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 N° 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 N° 019-2002-PCM.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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

Yo,, identificado con DNI CE PAS N°, 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.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



AUTORIZACIÓN POR EPS

Yo,, identificado

con DNI CE PAS N°, 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.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACION POR CORREO ELECTRÓNICO

Yo, identificado(a)
con DNI CE PAS N°, 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.

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"



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 INTEGRAL

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

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

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 N°, 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 N°28991 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.

Huancayo, _____ 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 de constancia de:

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

Huancayo, ____ de _____ de 2023.

Firma



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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.

Huancayo, _____ de _____ del 20 ____.

FIRMA

HUELLA



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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:

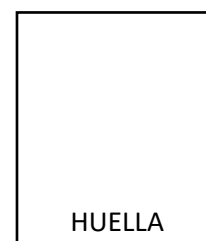
	Aspecto a evaluar	Marque lo correspondiente:		Observaciones
		SI	NO	
1	Edad mayor a 65 años			
2	Hipertensión arterial no controlada			
3	Enfermedades cardiovasculares graves			
4	Cáncer			
5	Diabetes Mellitus			
6	Asma moderada o grave			
7	Enfermedad pulmonar crónica			
8	Insuficiencia renal crónica 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 fórmula $\text{peso}(\text{kg}) / \text{estatura}(\text{m})^2$ Ejemplo: Peso 68 kg, Estatura = 1.66 m, Cálculo $\text{IMC} = 68 / (1.65) (1.65) = 24.98$

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.

Huancayo, _____ de _____ del 20____.

FIRMA



HUELLA