**DECLARACIÓN JURADA**

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

………………........................................................................... identificado con DNI 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Firma

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

**AUTORIZACIÓN DE DESCUENTO POR EPS**

Señor/a: …………………………………………………………………………………………………….……..

Director/a General de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

**MINISTERIO DE SALUD**

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de manifestar que a través del presente documento autorizo el descuento por el monto de ………………….. (S/ ………..) para la Empresa Prestadora de Salud RIMAC EPS, el cual tendrá vigencia mientras dure el contrato con la mencionada Empresa Prestadora de Salud.

Lima, ...…………de…………..de 20…

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma)  DNI N° |

**DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SISTEMA PREVISIONAL | | | | | | | | |
| Expreso mi consentimiento a afiliarme:  Regimen Nacional de Pensiones (ONP)  Régimen Privado de Pensiones (AFP)  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 |  |  | AFP PROFUTURO | |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |
| SOY PENSIONISTA |  |  |  |  |  |  | |  |
| DL. 20530  DL 19990  OTROS (PRECISAR)  ………………………………………………………  DE SER PENSIONISTA PRESENTAR: | |  |  |  |  |  | |  |
| Resolución de Pensionista |  |  |  |  |  |  | |  |
| Resolución de Suspensión de Pensión | |  |  |  |  |  | |  |
| Carta Declaración de Voluntad de No aporte al   SPP por ser Pensionista | |  |  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  |  |  |  | |  |

Lima, ...…………de……………de 20….

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma) |

**DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO**

Yo,………………………………………………….……….., identificado/a con DNI 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 en el MINSA 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).

Lima,...…………de…………….……..de 20…

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma) |

**Nota:** En caso de tener parientes que laboren en el MINSA, 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 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.

Lima,...…………de…………….……..de 20…….

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma) |

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

Yo, ………………………………………………………………, identificado con DNI …………..……, declaro bajo juramento lo siguiente:

**DECLARO QUE:**

1. He recibido un brochure 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.

Lima,…………de…………….……..de 20….

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  (Firma) |

**CARTA DE AUTORIZACION**

El (la) que suscribe ….………………………………………………………….………………………………………

Identificado(a) con DNI N°…………………………., comunico el número de cuenta y banco, agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos de mis remuneraciones se efectúen en dicha cuenta:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOMBRE DE ENTIDAD BANCARIA: | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| NÚMERO DE CUENTA: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Asimismo, tomo conocimiento que por cada pago de mi remuneración mensual e inclusive la liquidación, se requiere el recojo de la Boleta de Pago, el cual lo efectuaré personalmente en la Oficina de Tesorería (ventanillas del 1er piso de la Sede Central sito en Av. Salaverry Nº 801, Jesús María).

Atentamente,

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

Firma

Lima, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 2020.

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)