



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Presentaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO Nº 02

DECLARACIÓN JURADA

La (el) que suscribe, identificada con DNI N°.....domiciliaria (o) en
.....

DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales¹, Policiales, ni Judiciales.
- ✓ Gozar de Buena Salud Física y Mental.
- ✓ No estar inhabilitado para contratar con el Estado.
- ✓ No tener deudas por conceptos de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o acuerdos conciliatorios con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas en un proceso cautelar o en un proceso de ejecución de acuerdos conciliatorios extrajudiciales sobre alimentos, que haya ameritado, la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.
- ✓ No estar registrado en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido RNSDD.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, me someto a las disposiciones sobre el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411º del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32º de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

Firma

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022.

1. Ley N° 29607, de fecha 22 de Octubre del 2010.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Presentaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO N°03

DECLARACIÓN JURADA DE NEPOTISMO

La (el) que suscribe, con DNI N°..... Con RUC N°..... domiciliado en..... Declara bajo juramento: No tener grado de parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o por razón de matrimonio, unión de hecho, convivencia o ser progenitores de sus hijos, con personal que preste y/o prestó servicio en el Hospital María Auxiliadora, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicio No Personales o Locación de Servicio o Contratos Administración de Servicios; designación o nombramiento como miembros de Órganos Colegiados, designación o nombramiento en cargos de confianza; o en actividades Ad – Honorem.

EN CASO DE TENER PARIENTES EN EL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia....., del Hospital María Auxiliadora, presta y/o prestó servicios cuyos apellidos y nombres indico, a quien o quienes me unen el grado de parentesco o vínculo conyugal señalados a continuación:

APELLIDOS	NOMBRES	PARENTESCO O VÍNCULO CONYUGAL	OFICINA Y/O DEPENDENCIA

Lo que declaro para su verificación y fines pertinentes, de acuerdo a lo establecido en la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

_____ Firma

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Presentaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO N° 04

DECLARACIÓN JURADA

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N°
_____, con RUC N° _____, domiciliado en
_____, contratado/nombrado con Resolución/ Contrato Nro.
_____ bajo el cargo de _____ declarar bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un cargo en el Estado.
- b) Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
- c) Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
- d) Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
- e) No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
- f) No percibir otra remuneración o ingreso del Estado.

Firma

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022.



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Presentaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO N° 05

DECLARACIÓN JURADA REGIMENES PREVISIONALES

LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:

El/La que suscribe _____ identificado(a) con DNI N° _____, con RUC N° _____, domiciliado en _____, declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen público o privado (Decreto Legislativo N° 20530 – Decreto Legislativo N° 19990 o AFP).

Firma

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022.

LLENAR EN CASO DE SER PENSIONISTA:

En caso de pertenecer a algún régimen pensionario, declaro bajo juramento ser pensionista (marcar con X según corresponda):

- 1 D. L 20530
Entidad
- 2 D. L 19990 - Oficina de Normalización Provisional
- 3 Otros indicar

Me comprometo a suspender mi pensión detalla en líneas arriba, con el fin de poder prestar servicios en la entidad baja la modalidad de Contrato Administrativo de Servicios (CAS)

Nombres y Apellidos :

D.NI N°:

Domicilio:

Firma

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Presentaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO Nº 06

DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA

(Ley Nº 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo Nº 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley de Código de Ética de la Función Pública")

DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CODIGO DE ETICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y SU REGLAMENTO

Por la presente yo _____ identificado con DNI Nº _____
Domiciliado en _____, distrito en _____
Contratado _____

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar de la Ley Nº 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública"; así como del Decreto Supremo Nº 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. Tengo conocimiento del contenido y lo allí estipulado del Código de Ética de la Función Pública y su Reglamento.
3. Me comprometo a cumplir los principios, deberes y prohibiciones éticos que se establecen en el presente Código de Ética de la Función Pública.

Declaro bajo juramento que tengo pleno conocimiento de las disposiciones establecidas en la Ley Nº 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo Nº 033-2005-PCM "Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública", donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022

Firma



PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Presentaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
María Auxiliadora



Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

FORMULARIO N° 07

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo _____ identificado(a) con DNI N° _____, en calidad de trabajador del Ministerio de Salud, declaro bajo juramento:

Guardar la reserva del caso respecto de información privilegiada a la que pudiera acceder y a no divulgar ni utilizar información que pese a no tener carácter de reserva por norma expresa, pudiera resultar privilegiada en su contenido y ser utilizada en beneficio propio o de terceros con el siguiente perjuicio al MINSA y al Estado.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con el MINSA, declaro bajo juramento que aceptaré los impedimentos señalados en la Ley N° 27588.

En caso incumpla lo declarado en la presente, me someteré a las medidas y sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el D.S N° 019-2002-PCM, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiere lugar.

San Juan de Miraflores, _____ de _____ del 2022.

Firma

Atentamente:

LA COMISION