



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"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.

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"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: _____

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



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 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 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.

Ciudad, _____ de _____ de 2023.

Firma

Nota: En caso de tener parientes que laboren en el MINSA, deberá completar el Anexo adjunto

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.

"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ANEXO DATOS DE LOS FAMILIARES

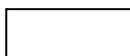
| Nº | Nombres y Apellidos | Parentesco | Órgano/Unidad Orgánica donde labora |
|----|---------------------|------------|-------------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

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 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.

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL REGLAMENTO INTERNO DE SERVIDORES CIVILES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD

Yo, _____, identificado con DNI CE PAS N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar informativo que contiene los alcances de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. He recibido el documento digital del Reglamento Interno de Servidores Civiles de la Administración Central del Ministerio de Salud.
3. Tengo pleno conocimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Reglamento Interno de Servidores Civiles de la Administración Central del Ministerio de Salud.
4. Me comprometo a cumplir estrictamente con los principios, deberes y prohibiciones éticos que en ella se establecen.
5. Me comprometo a cumplir las normas esenciales para el desarrollo de las relaciones laborales de los servidores civiles del MINSA.

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



CARTA DE AUTORIZACION

El (la) que suscribe

Identificado(a) con DNI CE PAS 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 a través del link <http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe/boletas/consulta> podré acceder a la consulta de boletas de pago electrónicas, que se muestran de manera mensual.

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



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.

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma



"Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres"
"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) [checkbox]

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) [checkbox]

Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente.

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP) [checkbox] Fecha de Afiliación [/ /]

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP) [checkbox] Fecha de Afiliación [/ /]

AFP INTEGRAL [checkbox] AFP PRIMA [checkbox]

AFP HABITAT [checkbox] FP PROFUTURO [checkbox]

Soy pensionistas del:

D.L. 20530 [checkbox]

D.L. 19990 [checkbox]

OTROS (PRECISAR) [checkbox]

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

Resolución de Pensionista [checkbox]

Resolución de Suspensión de Pensión [checkbox]

Carta Declaración de Voluntad de No aporte [checkbox]

SPP por ser Pensionista

Ciudad, ____ de ____ de 2023.

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 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.

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 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:

Ciudad, ____ de _____ de 2023.

Firma

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

ANEXO 01

CARGO DE RECEPCIÓN DEL REGLAMENTO INTERNO DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Yo, _____, servidor del Ministerio de Salud, identificado con Documento Nacional de Identidad o Carnet de Extranjería N° _____, declaro que he descargado del link <https://cutt.ly/RISSTMNSA>; una copia del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo aprobado con Resolución Ministerial N° 040-2017-MINSA, comprometiéndome a cumplir con todas las disposiciones contenidas en ellas, así como respetar y cumplir con los avisos, señales, procedimientos y otras disposiciones de seguridad y salud en el trabajo que disponga el MINSAC.

Firmado en Lima, el ____ de _____ del 202__

Firma

- Entregar este formato firmado al Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo.