

DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,....., identificado/a con DNI 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 del Procedimiento Administrativo General, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

() Si/ () No, tengo en el Hospital Emergencia Ate Vitarte familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hechos 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 los alcances de o establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal¹

Lima,de.....de 20.....

(Firma)

Nota: En caso de tener parientes que laboren en el Hospital Emergencia Ate Vitarte, deberán 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.

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

Yo,, identificado/a con DNI, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO QUE:

1. Tengo pleno conocimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. Me comprometo a cumplir estrictamente con los principios, deberes y prohibiciones éticos que en ella se establecen.

Lima,.....de.....de 20....

(Firma)

DATOS DE RÉGIMEN PENSIONARIO

SISTEMA PREVISIONAL

Mi consentimiento de afiliarme a:

Solo para quienes no cuenten con un sistema pensionario, llenar el anexo siguiente:

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Estoy afiliado al siguiente régimen:

Sistema Nacional de Pensiones (SNP)

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

AFP INTEGRAL

AFP PRIMA

AFP HABITAT

AFP PROFUTURO

Soy Pensionista

DL. 20530

DL 19990

Otros (precisar):

De ser pensionista presentar:

Resolución de Pensionista

Solicitud y Resolución de Suspensión de Pensión

Carta Declaración de Voluntad de No aporte al SPP por ser Pensionista

REJA

Jubilación Anticipada (REJA)

Constancia REJA

Recibo un boletín y formato de remuneraciones

Lima, de de 20....

(Firma)

Nombres y apellidos:

DECLARACIÓN JURADA

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

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo con LA ENTIDAD.
- 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: _____

Proviene de (Entidad) _____

Firma

Lima, ____ de _____ de 202_.

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 que tenga la Boleta de Pago, el cual se puede obtener desde el enlace: <http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe>, utilizando el buscador de Google Chrome.

Atentamente,



Firma

Lima, ____ de _____ de 202_.

RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

De conformidad con lo señalado en el literal c) del artículo 35 de la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo, detallamos las recomendaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo implementadas por el Hospital Emergencia Ate Vitarte, cuya atención y cumplimiento resultan obligatorios para los trabajadores.

- ✓ Conocer la Política de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Cumplir con las disposiciones del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.
- ✓ Cumplir y respetar las señalizaciones de Seguridad existentes.
- ✓ Usar adecuadamente los instrumentos y los materiales de trabajo, así como los equipos de protección personal.
- ✓ Participar en los simulacros de evacuación, en las fechas programadas.
- ✓ Informar de forma inmediata al responsable de la Seguridad y Salud en el Trabajo y/o a su jefe inmediato sobre cualquier accidente o incidente ocurrido.
- ✓ Colaborar eficazmente en las investigaciones de accidentes cuando se le solicite.
- ✓ Comunicar de forma inmediata cuando observe alguna condición o acto que considere ponga en riesgo a las personas que permanecen en el área.
- ✓ No bloquear la visibilidad de señalización y equipos de respuesta a emergencias tales como extintores, entre otras.
- ✓ No bloquear por ningún motivo pasadizos de tránsito de personal o salidas de emergencia.
- ✓ No manipular equipos o instrumentos que no sean parte de sus funciones o para los que no haya sido capacitado y autorizado.
- ✓ En caso de emergencia deberá actuar con calma y seguir las instrucciones del brigadista de su Unidad y evacuar las instalaciones sin correr o gritar, guiando a posibles visitas que se encuentren en el lugar.
- ✓ Participar en las elecciones de los representantes de los trabajadores en el Comité de Seguridad y Salud en el trabajo.
- ✓ Identificar las zonas seguras ante sismos, existentes en sus áreas de trabajo.

Mediante la suscripción del presente documento declaro haber leído y entendido las recomendaciones de seguridad en las que he sido instruido y mis responsabilidades en relación a mi seguridad personal y las de mis compañeros de trabajo.

Lima,

Firma

Lima, _____ del mes de _____ de _____

FORMATO DE AUTORIZACION PARA NOTIFICACION POR CORREO ELECTRONICO

YO, _____ identificado con DNI N° _____,

con domicilio ubicado en: _____

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: _____

Precisando que el correo electrónico, es un medio de comunicación alternativo.

Ate, ____ de _____ de 2023.

FIRMA: _____

Apellidos y nombres: _____

DNI N° _____

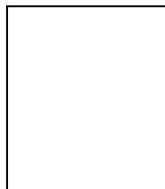
DECLARACIÓN JURADA

Apellidos Completos:	Nombres Completos:
D.N.I ó C. Extranjería N°	Profesión:
Domicilio: Calle, Avenida, Urbanización, N°, Distrito, Provincia, Departamento:	
Correo Electrónico:	
Teléfono Móvil N°:	

DECLARO BAJO JURAMENTO, lo siguiente:

1. NO ESTAR LABORANDO EN ALGUNA ENTIDAD DEL ESTADO.
2. NO ESTAR REALIZANDO EL SERUMS en ningún establecimiento del Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional o institución alguna.
3. NO ESTAR INHABILITADO para prestar servicios al Estado, conforme al REGISTRO NACIONAL DE SANCIONES DE DESTITUCION Y DESPIDO – RNSDD.
4. NO ESTAR INHABILITADO administrativa ni judicial vigente con el Estado.
5. NO ESTAR INHABILITADO o sancionado por el colegio profesional al que pertenece.

Ate, de del 2022



Huella

En caso de comprobarse falsedad alguna me someto a las sanciones contempladas en el artículo 411° y 427° del Código Penal, concordante con el artículo 34° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

En fe de lo cual firmo y estampo mi huella dactilar al pie del presente para los fines legales correspondientes.

El Dirección de Redes Integradas de Salud, a través de la Oficina de Gestión de Recursos Humanos, Bajo el principio de control posterior efectuará la verificación de la información proporcionada.

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo,

.....
..... identificado con DNI N°con dirección
domiciliaria:.....
.....en el Distrito: Provincia:
..... Departamento.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(NO) (SI) Tener conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en el numeral 13.2 de la norma técnica).

(NO) (SI) Percibir otra remuneración a cargo del Estado

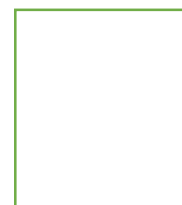
En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre de la Institución por la que percibe remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa:	
Condición Laboral:	
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tener incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de..... a los.....días del mes de..... del 20.....

.....
Firma
DNI



Huella

*Art. 40º de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público. La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD DEL PERSONAL CON RELACION LABORAL

Lima, dede 2023

El (LA) SUSCRIPTO (A):.....

CARGO :

AREA FUNCIONAL :

RELACIÓN CON EL HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE - MINSA:

En virtud de la Ley N° 29733 – Ley de Protección de Datos Personales y de la Resolución Ministerial N° 004 – 2016- PCM que aprueba el uso obligatorio de la Norma Técnica Peruana NTP ISO/IEC 27001:2014 Tecnología de la Información. Requisitos 2DA Edición, en todas las entidades integrantes del Sistema Nacional de Informática, implementado en la Institución, acepto y reconozco que por motivo de mi condición laboral y contractual con el Hospital Emergencia Ate Vitarte - MINSA y por el trabajo y las funciones que realizo para esta Institución tengo acceso a tecnología, documentos, datos, especificaciones, métodos, procesos y en general información CONFIDENCIAL, en tal virtud, por este medio me obligo a no divulgar, revelar, comunicar, transmitir, grabar, duplicar, copiar o de cualquier otra forma reproducir sin la autorización expresa y por escrito del Hospital Emergencia Ate Vitarte - MINSA, la información y documentación a la que tengo acceso. En caso del tratamiento de datos personales, me obligo solo a almacenarlos y gestionarlos en los soportes y modalidades autorizadas por el Ministerio de Salud.

Por lo que declaro, haber leído y tener conocimiento de los documentos de gestión que involucran mi función y desenvolvimiento en el Ministerio de Salud, el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud – ROF, La Ley 27815 – Ley del Código de Ética de la Función Pública y demás normativas pertinentes.

En caso de incumplimiento, me someto a las responsabilidades de índole administrativa, civil y/o penal conforme a Ley.

Las obligaciones y derechos inmersos en el presente acuerdo de confidencialidad estarán vigentes a partir de la fecha de firma del vínculo con la Institución, durante el tiempo que dure esta relación y dos años después de la fecha en que se haya dado por terminada la relación laboral, sin importar la razón de la misma.

A los efectos previstos en este Compromiso, se define como "Información confidencial" a toda aquella información, ya sea técnica, financiera, comercial, datos personales, personal o de cualquier otro carácter, que sea suministrada y/o comunicada por el Ministerio de Salud o por un tercero por encargo del Ministerio de Salud, mediante palabra, por escrito o por cualquier otro medio o soporte, tangible o intangible, actualmente conocido o que posibilite el estado de la técnica en el futuro.

En el supuesto de que, previamente a la firma del presente compromiso, el suscrito hubiera tenido acceso a la información de la Institución u otra que se le haya encargado para el cumplimiento de las obligaciones establecidas con el Ministerio de Salud, aquella será considerada también, a todos los efectos previstos en el presente documento, como información confidencial, salvo aquella que expresamente sea calificada por el Ministerio como información de libre uso o divulgación.

DNI: