

**DECLARACIÓN JURADA DE NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES
PENALES Y JUDICIALES**

Yo.....
Identificado con DNI/CE N°....., nacionalidad.....
con domicilio actual
Distrito.....Provincia.....Departamento.....
Profesión.....presto servicios en Establecimiento de
salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....
declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO CONTAR CON ANTECEDENTES POLICIALES, PENALES Y JUDICIALES.

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Ciudad,.....de.....de 202...

Firma:
(Idéntica al DNI/CE)



**DECLARACIÓN JURADA DE NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE
DEL ESTADO**

Yo.....
Identificado(a) con DNI/CE N°.....,
nacionalidad.....con domicilio actual
.....
Distrito.....Provincia.....Departamento.....
Profesión.....presto servicios en Establecimiento de
salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....
declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO BAJO JURAMENTO:

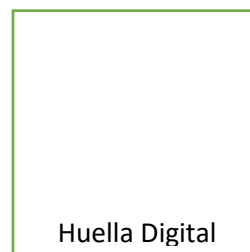
NO PERCIBIR INGRESOS POR PARTE DEL ESTADO (remuneración, retribución, emolumento, pensión, o cualquier otro tipo de ingreso).

Los datos consignados en la presente Declaración Jurada se ajustan a la verdad, conforme lo establecido en el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado mediante Decreto Supremo N° 004-2019-JUS.

En caso la información consignada sea falsa y/o inexacta, me someto a las acciones penales, civiles y/o administrativas que esto conlleve.

Ciudad,.....de.....de 202...

Firma:
(Idéntica al DNI/CE)



FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO																														
DATOS PERSONALES:																														
APELLIDO PATERNO:																														
APELLIDO MATERNO:																														
NOMBRES:																														
TIPO DE DOCUMENTO:	DNI N°																													
	CARNET EXTRANJERIA N°																													
SEXO	F		M																											
FECHA DE NACIMIENTO	DÍA				MES													AÑO												
DOMICILIO																														
DISTRITO																														
PROVINCIA																														
DEPARTAMENTO																														
EMAIL PERSONAL												TELEFONO FIJO:																		
EMAIL PERSONAL (Alternativo)												CELULAR:																		
DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA																														
NOMBRE O RAZON SOCIAL:	M	I	N	I	S	T	E	R	I	O		D	E		S	A	L	U	D											
Nº DE RUC:	2	0	1	3	1	3	7	3	2	3	7																			
DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:	AV. SALAVERRY N° 801 - JESUS MARIA - LIMA																													
FECHA DE INICIO:																														
	Día				Mes												Año													
REMUNERACION:																														
ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO																														
SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP)															SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES															
Firma del profesional SERUMS: _____																														
autentica al DNI/CE																														
Lima, de de 202....																														

Según Resolución SBS N° 6202-2013 (Art. 2°): "...en caso no hubiese elegido un sistema pensionario, informarle al trabajador su incorporación automática al SPP..."

DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD

Yo.....
Identificado con DNI/CE N°, nacionalidad.....
con domicilio actual
Distrito.....Provincia.....Departamento.....
Profesión.....presto servicios en Establecimiento de
salud.....DIRIS/DIRESA/GERESA.....
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.

Ciudad,.....de.....de 202...

Firma:
(Idéntica al DNI/CE)

