



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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## FORMULARIO N° 02

### DECLARACIÓN JURADA

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

#### DECLARO BAJO JURAMENTO

- ✓ No registrar Antecedentes Penales<sup>1</sup>, 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 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General.

\_\_\_\_\_  
Firma

San Juan de Miraflores, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 2021

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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

## 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 alguno de consanguinidad, afinidad o por razón de matrimonio o uniones de hecho, 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 2021



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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## 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 2021.



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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## 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 2021.

#### 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 2021



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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## FORMULARIO N° 06

### DECLARACIÓN JURADA CODIGO DE ETICA

(Ley N° 27815 "Ley de Ética de la Función Pública" y Decreto Supremo N° 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 N° \_\_\_\_\_  
Domiciliado en \_\_\_\_\_, distrito en \_\_\_\_\_  
Contratado \_\_\_\_\_

#### DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública"; así como del Decreto Supremo N° 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 N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Decreto Supremo N° 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 2021

\_\_\_\_\_  
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 Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

## 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 2021.

\_\_\_\_\_  
Firma

Atentamente:

**LA COMISION**