



PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”  
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

**DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES,  
POLICIALES  
NI JUDICIALES (Ley N° 29607)**

Yo.....,  
identificado con DNI N°....., estado civil .....  
con domicilio en .....  
Distrito ..... - Provincia ..... -  
Departamento ....., declaro bajo juramento lo siguiente:

**DECLARO BAJO JURAMENTO:** (Por favor indicar **SI** o **NO** en el recuadro que corresponde, **no** marcar con un aspa o en forma de cruz o cualquier otro símbolo).

- Tener antecedentes Penales.
- Tener antecedentes Judiciales.
- Tener antecedentes Policiales.

Ratifico la veracidad de lo declarado, sometiéndome, de no ser así, a las correspondientes acciones administrativas y de Ley.

Ciudad y Fecha:.....

Firma: .....  
**(Idéntica al DNI)**





PERÚ

Ministerio de Salud

Secretaría General

Oficina General de Gestión de Recursos Humanos

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”  
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Declaración Jurada en caso de no obtener el Certificado de Buena Salud Física y Mental, dentro de los plazos establecidos, por encontrarnos en estado de emergencia Sanitaria Nacional.

### **DECLARACIÓN JURADA DE BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL**

Yo, \_\_\_\_\_ de profesión \_\_\_\_\_, egresado(a) de la Universidad \_\_\_\_\_, con Colegiatura N° \_\_\_\_\_, identificado(a) con D.N.I./Carné de Extranjería N° \_\_\_\_\_, domiciliado (a) en \_\_\_\_\_ del distrito de \_\_\_\_\_, Provincia de \_\_\_\_\_ Departamento de \_\_\_\_\_.

DECLARO BAJO JURAMENTO, ENCONTRARME CON BUENA SALUD FÍSICA Y MENTAL; comprometiéndome a regularizar la presentación de cada certificado correspondiente, en cuanto sea posible la obtención de los mismos, dentro del periodo SERUMS.

Declaro que soy conocedor(a) de las responsabilidades en que incurriría en el supuesto que mi declaración no sea cierta (Artículo IV (1.7) de la Ley N°27444.

, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_

(Firma)



DNI/C.E.: \_\_\_\_\_



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Secretaría General

Oficina General  
de Gestión de  
Recursos Humanos

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”  
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

## DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD

Yo, ....., identificado con DNI 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.

Lima,.....de octubre de 2022

\_\_\_\_\_  
(Firma)



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Secretaría General

Oficina General  
de Gestión de  
Recursos Humanos

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

## DECLARACIÓN JURADA

Apellidos:	Nombres:
D.N.I. y/o Carnet de Extranjería N°:	Profesión:
Universidad de Procedencia:	
Domicilio: calle, avenida, urbanización, N°. Distrito, Provincia, Departamento.	
Adjudicó en DIRIS, DIRESA o GERESA:	
Teléfono y/o Celular:	
Email personal:	

**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

1. No estar laborando en alguna entidad del Estado.
2. No haber realizado ni estar realizando el SERUMS en ningún establecimiento del Ministerio de Salud, Essalud, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policía Nacional o institución alguna.
3. No estar inhabilitado para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones contra Servidores Civiles (RNSSC).
4. No estar registrado en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM).
5. No tener inhabilitación administrativa ni judicial vigente con el Estado.
6. No estar inhabilitado o sancionado por el colegio profesional al que pertenece.
7. No estar percibiendo Pensión de Sobrevivencia (Viudez – Orfandad – Ascendencia)

.....de octubre de 2022

Firma

Firmo la presente declaración, de conformidad con lo establecido en el numeral 1.7 del Artículo IV del Título Preliminar y el artículo 49 del Texto Único Ordenado (D.S. 004-2019-JUS) de la Ley 27444. En caso de comprobarse falsedad, me someto a todas las acciones administrativas y penales a que hubiere lugar.

El Ministerio de Salud, a través de la Oficina General de Gestión de Recursos Humanos, bajo el principio de control posterior efectuará la verificación de la información proporcionada.

## FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO

<b>I. DATOS DEL TRABAJADOR:</b>																									
1. APELLIDO PATERNO:																									
2. APELLIDO MATERNO:																									
3. NOMBRES:																									
4. TIPO DE DOCUMENTO:		DNI																							
		Carné de extranjería																							
		Pasaporte																							
		Otro																							
5. SEXO		F		M																					
6. FECHA DE NACIMIENTO		Día				Mes																	Año		
7. DOMICILIO																									
		Distrito																							
		Provincia																							
		Departamento																							
EMAIL PERSONAL		<input type="text"/>										TELEFONO FIJO:		<input type="text"/>											
EMAIL PERSONAL (Alternativo)		<input type="text"/>										CELULAR:		<input type="text"/>											

<b>II. DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA</b>																										
1. NOMBRE O RAZON SOCIAL:		M	I	N	I	S	T	E	R	I	O	D	E	S	A	L	U	D								
2. Nº DE RUC:		2	0	1	3	1	3	7	3	2	3	7														
3. DEPARTAMENTO DE DOMICILIO FISCAL:		Av. Salaverry N° 801 Jesus Maria																								

<b>III. DATOS DEL VINCULO LABORAL</b>																									
1. FECHA DE INICIO DE LA RELACION LABORAL:		Día				Mes																			
2. REMUNERACION:																									

<b>IV. ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO</b>																									
1. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP)												<input type="checkbox"/>	2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES												<input type="checkbox"/>
Firma del profesional SERUMS: _____																									
Lima, ..... de ..... de 2022																									

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