**ANEXO N° 09**

**DECLARACION JURADA DE NEPOTISMO**

El que suscribe ………………………………………………………………………………………, identificado 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 DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**, bajo cualquier modalidad: Contrato de Servicios No Personales o Locación de Servicio o Contratos de 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 DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**

Declaro bajo juramento, que en la Oficina y/o Dependencia (Departamento) …………………………………………………………………………………………., del **HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR**, 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 VINCULO CONYUGAL** | **OFICINA Y/O SERVICIO** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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**

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**ANEXO N° 10**

**DECLARACIÓN JURADA**

El que suscribe ………………………………………………………………………………………, identificado con DNI N° …………………………………….., con RUC N° ………………………………………………………………………..………………….domiciliado en …………………………………………………………………………………………………………...….. contratado / nombrado con Resolución / contrato N° …………………………………………………. de fecha ………………………., bajo el cargo de ………………………………. declaro bajo juramento:

1. No tener impedimento para ocupar un cargo de confianza en el Estado.
2. Conozco, acepto y me someto a las leyes vigentes.
3. Soy responsable de la veracidad de los documentos e información que presento.
4. Me comprometo a cumplir con las funciones asignadas.
5. No me encuentro inhabilitado administrativa o judicialmente para contratar con el Estado.
6. No percibí otra remuneración o ingreso del Estado.

**Firma**

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**ANEXO N° 11**

**DECLARACIÓN JURADA REGÍMENES PREVISIONALES**

**LLENAR EN CASO DE NO SER PENSIONISTA:**

El que suscribe ………………………………………………………………………………………, identificado con DNI N° …………………………………….., con RUC N° ……………………………………… domiciliado en …………………………………………………………………………………….. declaro bajo juramento que no soy Pensionista de ningún régimen Público o Privado (DL 20530 – DL. 19990 o AFP).

**Firma**

Lima, …… 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 DL. 20530 ………………………………………………………………………………...

Entidad

2 DL. 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 Servicio (CAS).

Nombres y apellidos: ………………………………………………………………………………………

D.N.I. N°: ……………………………………………………………………………………………………

Domicilio: …………………………………………………………………………………………………...

**Firma**

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**ANEXO N° 12**

**DECLARACIÓN JURADA DE AFILIACIÓN AL RÉGIMEN DE PENSIONES**

Yo …………………………………………………………………………………., identificado con DNI N° …………………… declaro bajo juramento:

* Mi consentimiento de afiliarme:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

* AFP …………………………………….
* Que me encuentro afiliado al siguiente régimen:

Régimen Nacional de Pensiones ONP Fecha de Inscripción: …………..

Régimen Privado de Pensiones – AFP ……………………………………

* Que soy pensionista actualmente en:

Régimen Nacional de Pensiones ONP

Régimen Privado de Pensiones – AFP

Y proceder así, a los descuentos respectivos por ser un nuevo Contrato Administrativo de Servicio, según Decreto Legislativo 1057 (Articulo N° 6, índice 6.2) y su Reglamento aprobado con Decreto Supremo 075-2008-PCM (Articulo N° 10 Índice 10.2; y en el caso de ser pensionista no es obligatorio la afiliación.

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**Firma**

**ANEXO N° 13**

**DECLARACIÓN JURADA CÓDIGO DE ÉTICA**

(*Ley N° 27815 “Ley de Ética de la Función Pública” y Decreto Supremo N° 033-2005-PCM “Reglamento de la Ley del Código de ética de la Función Pública”)*

**DECLARACIÓN DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DE LOS LINEAMIENTOS QUE PRECISAN EL CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PUBLICA Y SU REGLAMENTO**

Por la presente yo ……………………………………………………...........……………… , identificado con DNI N° ……………………, domiciliado en ……………………………………..………………………………………………, distrito de 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 estipulado en el 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 Publica”*, donde declaran los principios, deberes y prohibiciones, asumiendo el compromiso de cumplir estrictamente el citado reglamento, bajo responsabilidad.

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Firma**

**ANEXO N° 14**

**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 DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR, cuya atención y cumplimiento resultan obligatorios para los trabajadores.

* Cumplir con las disposiciones del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo.
* Cumplir y respetar las señalizaciones de Seguridad y Salud en el Trabajo, distribuidas en el HEVES.
* Usar adecuadamente los instrumentos y los materiales de trabajo, así como los equipos de protección personal.
* Participar en las capacitaciones de materia de Seguridad y Salud en el Trabajo.
* Participar en los simulacros de evacuación, en las fechas programadas por el HEVES.
* Informar de forma inmediata al responsable de 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 crea ponga en riesgo a los miembros de su unidad o de la comunidad HEVES en general.
* No bloquear la visibilidad de señalización y equipos de respuesta a emergencias tales como extinguidores, herramientas contra incendio, entre otras.
* No bloquear por ningún motivo pasadizos de transito 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 del HEVES.

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, …… de …………………………….…….. del 2021.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellidos y Nombres**

**DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**ANEXO N° 15**

**DECLARACIÓN JURADA DE CONFIDENCIALIDAD E INCOMPATIBILIDAD**

Yo, ……………………………………………………………………………………………, identificado 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 consiguiente perjuicio al HOSPITAL DE EMERGENCIAS VILLA EL SALVADOR y al ESTADO.

Del mismo modo, en tanto mantenga relación laboral con el HEVES, 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 sanciones administrativas y legales que correspondan conforme a lo señalado en la Ley N° 27588 y su Reglamento aprobado por el DS. N° 019-2002-pcm, sin perjuicio de las responsabilidades administrativas, civiles o penales a que hubiera lugar.

Lima, …… de …………………………….…….. del 2021.

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Apellidos y Nombres**

**DNI \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**