



DECLARACIÓN JURADA

El que suscribe
..... identificado con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°
....., declaro bajo juramento:

- a) No tener impedimento para ocupar un puesto de trabajo en el Estado.
- 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: _____

Entidad: _____

Ciudad, ____ de _____ 2026.

Firma



DECLARACIÓN JURADA DE VERACIDAD DE INFORMACIÓN Y HABILITACIÓN

Yo,
identificado(a) con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°, con domicilio ubicado en,
..... del distrito de
....., provincia de departamento de
....., Declaro:

- Contar con documentación que se incluye en el Currículum Vitae documentado, la cual certifica la veracidad de la información remitida.
- Estar en ejercicio pleno de los derechos civiles, haber cumplido la mayoría de edad al momento de presentarse.
- No tener condena por delito doloso, con sentencia firme.
- No estar inhabilitado administrativa o judicialmente.
- No estar inscrito en el Registro de Deudores de Reparaciones Civiles por Delitos Dolosos (REDERECEI) – Art. 52 Ley N° 30353.
- Los demás requisitos previstos en la Constitución Política del Perú y las leyes, cuando corresponda.
- Contar con la habilitación profesional conferida por el colegio profesional que corresponde a las funciones del puesto, según corresponda (Solo aplica si el perfil del puesto exige colegiatura).

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Ciudad, ____ de _____ de 2026.

Firma

DECLARACIÓN JURADA

Yo, _____, servidor/a del Ministerio de Salud, identificado/a con DNI o C.E. N° _____ y domiciliado/a en _____; en cumplimiento a lo establecido en la Ley N° 31227, **"Ley que transfiere a la Contraloría General de la República la competencia para recibir y ejercer el control, fiscalización y sanción respecto a la Declaración Jurada de Intereses de Autoridades, Servidores y Candidatos a cargos públicos"**, declaro bajo juramento:

- De ser sujeto obligado¹, me comprometo a realizar la presentación de la Declaración Jurada de Intereses (DJI) en las oportunidades y plazos establecidos (inicio, periódica y cese) conforme al artículo 5 de la Ley N° 31227 y su reglamento, aprobado por Resolución de Contraloría N° 158-2021-CG; y, modificatorias, en lo que resulta aplicable.
- Haber leído y comprendido los términos y disposiciones del Uso del Sistema de Declaraciones Juradas para la Gestión de Conflicto de Intereses – SIDJI y las

¹ **Art. 8. Sujetos Obligados.**

Están obligados a presentar la declaración jurada de intereses quienes ocupen los siguientes cargos o desarrollen las funciones de:
"(...)

i) (...) procuradores públicos, (...); así como todos los que ejerzan por delegación la representación judicial del Estado (...).

n) Titulares de las en _____ ectos especiales.

o) Secretarios generales o quienes hagan sus veces, directores generales, gerentes generales, jefes de órganos y unidades orgánicas, jefes de oficinas, coordinadores, asesores, secretarios técnicos del procedimiento administra _____ inario y demás funcionarios que ejerzan cargos de confianza, de libre designación y remoción, o de responsabilidad, en las en _____ sujetos obligados indicados en los literales precedentes, incluidas las empresas del Estado o sociedades de economía mixta comprendidas o no en la a _____ ho público o privado (...).

p) Titulares o encargados de los sistemas de ges _____ nos, abastecimiento, presupuesto público, tesorería, endeudamiento público, contabilidad, inversión pública, planeamiento estratégico, defensa judicial del Estado, control y modernización de la ges

q) Asesores, consejeros y consultores de la alta dirección de las en

r) Responsables, asesores, coordinadores y consultores externos en en _____ esos para la ejecución de obras por inicia _____ ndo los procesos para la elaboración de los expedientes técnicos de obras y la resp

s) Aquellos que, en el ejercicio de su cargo, labor o función, sean responsables de la elaboración, aprobación o modificación de los requerimientos de contratación, expedientes de contratación y de los documentos del procedimiento de selección, correspondientes a licitación pública, concurso público, contratación directa y adjudicación simplificada conforme establece la Ley de Contrataciones del Estado y su Reglamento vigentes.

t) Profesionales y técnicos del órgano encargado de contrataciones que, en razón de sus funciones, intervienen en alguna de las fases de la contratación.

u) Aquellos responsables de las áreas que, en el ejercicio de su cargo, labor o función, pa _____ a la afiliación o el acceso de los usuarios a los programas sociales a cargo del Estado, según sea aplicable en cada programa social.

v) Aquellos que, en el ejercicio de su cargo, labor o función, administran, fiscalizan o disponen de fondos o bienes del Estado iguales o mayores a tres (3) unidades imposi

w) (...) los árbitros que participan en procesos de solución de controversias que involucran al Estado.

x) Integrantes de la Oficina de integridad ins _____ (...)

z) (...) y los funcionarios y servidores públicos del Sistema Nacional de Control (...)"



obligaciones que conlleva la presentación de la misma, ingresando al siguiente link: **h** .

- En caso de incumplimiento o la presentación tardía, incompleta o falsa de las Declaraciones Jurada de Intereses, me someto a las sanciones administrativas respectivas de acuerdo al régimen disciplinario aplicable.

Suscribo el presente documento en señal de conformidad.

Lima, el ____ de _____ del 2026.

Firma: _____

Nota: De existir alguna inquietud o duda al respecto, deberá ponerse en contacto con la Oficina de Transparencia y Anticorrupción (OTRANS) a través del correo: **consultasdji@minsa.gob.pe** o al teléfono (01) 315-6600 Anexo: 5253 o celular 933-715-747.



DECLARACIÓN JURADA SOBRE NEPOTISMO

Yo,....., identificado/a con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ 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 N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

() Sí / () No, tengo en el MINSA familiares hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad, por razones de matrimonio, unión de hecho 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 a los alcances de lo establecido en los artículos 411 y 438 del Código Penal¹.

Ciudad, ____ de _____ de 2026.

Firma

Nota: En caso de tener parientes que laboren en el MINSA, deberá 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.



“Decenio de la Igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia”

ANEXO
DATOS DE LOS FAMILIARES

Nº	Nombres y Apellidos	Parentesco	Órgano/Unidad Orgánica donde labora

GRADOS DE PARENTESCO POR CONSANGUINIDAD Y AFINIDAD

1º Grado	Padres	Hijo(a)	Suegro(a)	Yerno/Nuera	Hijo(a) del cónyuge que no es hijo del servidor
2º Grado	Nieto(a)	Hermano(a)	Abuelo(a)	Cuñado(a)	Nieto(a) (hijo del hijo del cónyuge que no es hijo del servidor)
3º Grado	Bisnieto(a)/Bisabuelo(a)	Tío(a)	Sobrino(a)		
4º Grado	Tataranieto(a)/Tatarabuelo(a)	Primo(a) hermano(a)	Tío(a) Abuelo(a) / Sobrino(a) nieto(a)		

Leyenda:

Consanguinidad



Afinidad



Nota: El matrimonio produce parentesco de afinidad entre cada uno de los cónyuges con los parientes consanguíneos del otro. Cada cónyuge se halla en igual línea de grado de parentesco por afinidad que el otro por consanguinidad. La afinidad en línea recta no acaba por la disolución del matrimonio que la produce. Subsiste la afinidad en segundo grado de la línea colateral en caso de divorcio y mientras viva el ex cónyuge (artículo 237 del Código Civil).



DECLARACIÓN JURADA SOBRE PROHIBICIONES E INCOMPATIBILIDADES

Yo _____
identificado con DNI N° _____, declaro bajo juramento:

a) Cumplir con las obligaciones consignadas en el artículo 3 de la Ley N° 31564 y artículo 16 de su Reglamento, esto es:

- Guardar secreto, reserva o confidencialidad de los asuntos o información que, por ley expresa, tengan dicho carácter. Esta obligación se extiende aun cuando el vínculo laboral o contractual con la entidad pública se hubiera extinguido y mientras la información mantenga su carácter de secreta, reservada o confidencial.
- No divulgar ni utilizar información que, sin tener reserva legal expresa, pudiera resultar privilegiada por su contenido relevante, empleándola en su beneficio o de terceros, o en perjuicio o desmedro del Estado o de terceros.

b) Abstenerme de intervenir en los casos que se configure el supuesto de impedimento señalado en el artículo 5 de la Ley N° 31564 y en los artículos 10 y 11 de su Reglamento.

c) No hallarme incurso en ninguno de los impedimentos señalados en los numerales 11.3 y 11.4 del artículo 11 del Reglamento de la Ley N° 31564.

Suscribo la presente declaración jurada manifestando que la información presentada se sujeta al principio de presunción de veracidad del numeral 1.7 del artículo IV del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

Si lo declarado no se ajusta a lo anteriormente mencionado, me sujeto a lo establecido en el artículo 438 del Código Penal y las demás responsabilidades administrativas, civiles y/o penales que correspondan, conforme al marco legal vigente.

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

Firma

N° DNI:



**DECLARACIÓN JURADA DE CONOCIMIENTO Y COMPROMISO DE CUMPLIMIENTO DEL
CÓDIGO DE ÉTICA DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y EL REGLAMENTO INTERNO DE SERVIDORES
CIVILES DE LA ADMINISTRACIÓN CENTRAL DEL MINISTERIO DE SALUD**

Yo, _____, identificado
con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N° _____, declaro bajo juramento lo siguiente:

DECLARO QUE:

1. He recibido un ejemplar informativo que contiene los alcances de la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública".
2. He recibido el documento digital del Reglamento Interno de Servidores Civiles de la Administración Central del Ministerio de Salud.
3. Tengo pleno conocimiento de las disposiciones contenidas en la Ley N° 27815 "Ley del Código de Ética de la Función Pública" y el Reglamento Interno de Servidores Civiles de la Administración Central del Ministerio de Salud.
4. Me comprometo a cumplir estrictamente con los principios, deberes y prohibiciones éticos que en ella se establecen.
5. Me comprometo a cumplir las normas esenciales para el desarrollo de las relaciones laborales de los servidores civiles del MINSA.

Ciudad, ____ de _____ de 2026.

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 de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

CARTA DE AUTORIZACION

El (la) que suscribe

Identificado(a) con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ 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 a través del link <http://boletaselectronicas.minsa.gob.pe/boletas/consulta> podré acceder a la consulta de boletas de pago electrónicas, que se muestran de manera mensual.

Lima, ____ de _____ de 2026.

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 de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

FORMATO DE AUTORIZACIÓN PARA NOTIFICACION POR CORREO ELECTRÓNICO

Yo, identificado(a)
con DNI ☐ CE ☐ PAS ☐ N°, 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: Cuenta de correo electrónico asignada por la institución,
en caso corresponda.

Precisando que el correo electrónico, un medio de comunicación alternativo y de conformidad con lo
dispuesto en la cláusula vigésimo tercera del presente contrato administrativo de servicios, suscribo el
presente documento en señal de conformidad.

Lima, ____ de _____ de 2026.

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 de la Esperanza y el Fortalecimiento de la Democracia"

DATOS PARA SISTEMA PREVISIONAL

SISTEMA PREVISIONAL: marcar con una "x" según corresponda y llenar datos

Expreso mi consentimiento a afiliarme al:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)

☐

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)

☐

Nota: Sólo en estos casos, llenar el formato siguiente.

Estoy afiliado al siguiente régimen:

SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (SNP)

☐

Fecha de Afiliación

SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES (AFP)

☐

Fecha de Afiliación

AFP INTEGRAL

☐

AFP PRIMA

☐

AFP HABITAT

☐

FP PROFUTURO

☐

Soy pensionistas del:

D.L. 20530

☐

D.L. 19990

☐

OTROS (PRECISAR)

☐

DE SER PENSIONISTA PRESENTAR:

Resolución de Pensionista

☐

Resolución de Suspensión de Pensión

☐

Carta Declaración de Voluntad de No aporte

☐

SPP por ser Pensionista

Lima, ____ de _____ de 2026.

Firma

FORMATO DE ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO

DATOS DEL TRABAJADOR

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Nombres: _____

Tipo de documento: ☐ DNI ☐ CE ☐ Pasaporte ☐ Otro

Número de documento: _____

Sexo: ☐ F ☐ M / Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____

Domicilio: ☐ Avenida ☐ Calle ☐ Jirón ☐ Otro _____

Distrito: _____

Provincia: _____

Departamento: _____

Correo electrónico: _____

Teléfono de casa: _____ Celular: _____

DATOS DE LA EMPRESA EMPLEADORA

(si no conoces esta información, tu empleador la completará por ti)

Nombre o Razón social: _____

RUC: _____

Departamento del domicilio fiscal: _____

DATOS DEL VÍNCULO LABORAL

Fecha de inicio de relación laboral: _____ / _____ / _____

Remuneración: _____

ELECCIÓN DEL SISTEMA PENSIONARIO:

- ☐ Sistema Privado de Pensiones (AFP)
- ☐ Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Ciudad de _____, _____ de _____ 20__.

Firma del trabajador

¹ De acuerdo a lo establecido en el artículo 16 de la Ley 28991, el trabajador tendrá un plazo de diez (10) días contados a partir de la entrega del Boletín Informativo para expresar por escrito su voluntad para incorporarse a la AFP u ONP, teniendo diez (10) días adicionales para ratificar o cambiar su decisión. El plazo máximo de elección es la fecha en que percibe su remuneración asegurable; vencido este plazo, si el trabajador no hubiese manifestado su voluntad de afiliarse a un sistema pensionario, el empleador lo afiliará a la AFP de acuerdo a lo establecido en las normas del Sistema Privado de Pensiones (SPP).

Constancia de Entrega del Formato de Elección del Sistema Pensionario

Por medio del presente documento de constancia de:

- 1. Haber recibido de parte de mi empleador **MINISTERIO DE SALUD** con RUC **20131373237** los siguientes documentos:
 - a. El Formato de Elección del Sistema Pensionario, mediante el cual podré elegir el sistema de pensiones al cual deseo afiliarme.
- 2. Conocer que en el caso de estar iniciando labores:
 - a. Debo entregar a mi empleador el Formato de Elección del Sistema Pensionario manifestando mi decisión en un plazo máximo de 03 días calendarios, contados a partir de hoy.
 - b. De no entregar a mi empleador el Formato de Elección del Sistema Pensionario manifestando mi decisión en el plazo de 03 días calendarios, contados a partir de hoy, seré afiliado por el mismo al Sistema Privado de Pensiones.

Datos del Trabajador:

Nombres y Apellidos:.....

DNI / CE N°:

Lima, ____ de _____ de 2026.

Firma

Recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo para nuevos Servidores(as)

- Inducción: Participa activamente en la inducción de seguridad y salud en el trabajo. Aprenderás sobre los riesgos específicos de tu área, las medidas preventivas y los procedimientos de emergencia, puedes acceder al Aula virtual de Capacitaciones asincrónicas, <https://plataformavirtual.minsa.gob.pe>
- Reglamento Interno: Familiarízate con el Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo del MINSA. Contiene información importante sobre tus derechos y responsabilidades.

I. Riesgos y Medidas Preventivas (referenciales)

Riesgos Ergonómicos:

- Postura: Mantén una postura correcta al sentarte y trabajar frente a la computadora. Utiliza una silla ergonómica y ajusta la altura del monitor.
- Movimientos Repetitivos: Evita movimientos repetitivos de muñeca y brazo. Realiza pausas activas
- Levantamiento de Cargas: Si necesitas levantar objetos pesados, como cajas o archivos, utiliza técnicas de levantamiento adecuadas (dobla las rodillas, mantén la espalda recta).
- Iluminación: Asegúrate de tener una iluminación adecuada en tu puesto de trabajo.
- Ventilación: Mantén tu área de trabajo bien ventilada.

Riesgos Psicosociales:

- Estrés Laboral: Aprende técnicas de manejo del estrés, como la respiración profunda y la relajación.

Riesgos Eléctricos:

- Cables y Enchufes: No utilices cables o enchufes dañados.
- Equipos Eléctricos: No manipules equipos eléctricos con las manos mojadas.
- Conexiones: No sobrecargues los enchufes con demasiadas conexiones.

Riesgos Mecánicos:

- Equipos: No operes equipos o maquinaria sin la capacitación adecuada.
- Herramientas: Utiliza las herramientas adecuadas para cada tarea y asegúrate de que estén en buen estado.
- Objetos Cortantes: al manipular objetos cortantes, como tijeras o cuchillos, realizarlo de forma concentrada donde dirige el corte.

Riesgos Locativos:

- Orden y Limpieza: Mantén tu área de trabajo ordenada y limpia.
- Pasillos: No obstruyas los pasillos con objetos.
- Escaleras: Utiliza las escaleras con precaución usa el pasamanos, no te distraigas utilizando celulares u otros objetos
- Caídas: Ten cuidado con los pisos mojados o resbaladizos, presta atención a los carteles preventivos.

II. Equipos de Protección Personal (EPP)

- Uso Obligatorio: Utiliza los EPP proporcionados por el MINSA (del ser el caso) de acuerdo con el riesgo expuesto durante el desarrollo de sus actividades.
- Mantenimiento: Mantén tus EPP en buen estado y repórtalos si están dañados.

III. Plan de Emergencias

- Conoce las Rutas de Evacuación: Familiarízate con las rutas de evacuación y los puntos de encuentro en caso de emergencia.
- Simulacros: Participa activamente en los simulacros de evacuación.
- Números de Emergencia: Ten a mano los números de emergencia del MINSA y de los servicios externos (bomberos, policía, ambulancias).

IV. Comunicación y Reporte

- Reporta Incidentes: Reporta inmediatamente cualquier incidente, accidente o condición insegura de tu ambiente de trabajo, por medio de nuestros diferentes canal de comunicación:
 - Anexo 2218
 - Correo electrónico seguridadysalud@minsa.gob.pe
 - Buzón de Reporte o consulta virtual Link: <https://cutt.ly/buzon1>

V. Consejos Adicionales

- Pausas Activas: Realiza pausas activas cada 20-30 minutos para estirar y relajar los músculos.
- Hidratación: Mantente hidratado durante toda la jornada laboral.
- Alimentación Saludable: Consume alimentos saludables y equilibrados.
- Descanso: Asegúrate de dormir lo suficiente para mantener un buen estado de salud.

Recuerda

La seguridad y salud en el trabajo son responsabilidad de todos.
Si tienes alguna duda o inquietud, no dudes en preguntar al Equipo
seguridad y Salud en el trabajo, Anexo 2218 ó correo electrónico
seguridadysalud@minsa.gob.pe

¡Te deseamos un ambiente de trabajo seguro y saludable en el MINSA!

**CONSTANCIA DE ENTREGA DEL INSTRUCTIVO PARA EL PERSONAL INGRESANTE AL
MINISTERIO DE SALUD Y RECOMENDACIONES DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL
TRABAJO.**

Por medio del presente documento de constancia de:

1. Haber recibido de parte de mi empleador **MINISTERIO DE SALUD** con RUC **20131373237** los siguientes documentos:
 - a. Instructivo para el personal ingresante.
 - b. Recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo.
2. Conocer que en el caso de estar iniciando labores:
 - a. Debo cumplir con las indicaciones establecidas en el instructivo y en las recomendaciones de seguridad y salud en el trabajo.
 - b. Haber tomado conocimiento del Reglamento Interno de los Servidores Civiles de la Administración Central del Ministerio de Salud aprobado con Resolución Ministerial N° 650-2022/MINSA y me comprometo a dar cumplimiento a dicho reglamento: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/3395368-650-2022-minsa>.
 - c. Haber entregado al Equipo de Seguridad y Salud en el Trabajo, el cargo de recepción del Reglamento Interno de Seguridad y Salud en el Trabajo: <https://cutt.ly/Pe50C9OA>

Datos del Trabajador:

Nombres y Apellidos:.....

DNI/CE N°:

Lima, ____ de _____ de 2026.

Firma