



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER INHABILITACIÓN ADMINISTRATIVA NI JUDICIAL VIGENTE PARA PRESTAR SERVICIOS AL ESTADO

Yo.....
identificado/a con DNI N°, domiciliado en; al amparo de lo dispuesto en los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General, y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** no tener:

1. Inhabilitación administrativa vigente para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD¹.
2. Inhabilitación judicial vigente para laboral en el Estado.
3. Impedimento para ser Trabajador(a), expresamente previstos por las disposiciones legales y reglamentarias sobre la materia.
4. Inhabilitación o sanción del colegio profesional, de ser el caso.
5. Inhabilitados mis derechos civiles y laborales.

En ese sentido, de encontrarme en algunos de los supuestos de impedimento previstos en el presente documento, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que establece pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha,

Firma²



Huella Dactilar

1 De conformidad con lo dispuesto por el artículo 9° de la Resolución Ministerial N° 017-2007-PCM, que aprobó la "Directiva para el uso, registro y consulta del Sistema Electrónico del Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido – RNSDD", en concordancia con el artículo 12° del Decreto Supremo N° 089-2006-PCM, Reglamento para el funcionamiento, actualización y consulta de la información en el Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido - RNSDD, en todo procedimiento de contratación laboral, se deberá consultar previamente al RNSDD a fin de constatar que ningún candidato se encuentre inhabilitado para ejercer función pública. Aquellos candidatos que se encuentren con inhabilitación vigente deberán ser descalificados del procedimiento de contratación, no pudiendo ser seleccionado bajo ninguna modalidad.

2 Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA
REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS - REDAM

Yo.....
identificado/a con DNI N° domiciliado en; en virtud a lo dispuesto en el artículo 8° de la Ley N° 28970, que crea el Registro de Deudores Alimentarios Morosos, concordante con el artículo 11° de su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N° 002-2007-JUS; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** que:

SI	NO
----	----

 Estar comprendido en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM.

Asimismo, manifiesto que lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que establece pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Lugar y fecha,

Firma³



Huella Dactilar

³ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



**DECLARACIÓN JURADA
INFORMACIÓN DE HABER PRESTADO SERVICIOS EN ALGUNA ENTIDAD DE LA
ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

(Artículo 4° del Decreto Supremo N° 017-96-PCM).

Yo.....
identificado/a con DNI N°, domiciliado en
.....; al amparo de lo
dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo
General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo
siguiente:

SI NO Haber prestado servicios en alguna entidad de la Administración Pública.

En el caso de haber prestado servicios en alguna entidad de la Administración Pública, indicar la
última donde prestó servicios:

Entidad	Cargo	Periodo de servicios	Motivo de retiro

Lo mencionado responde a la verdad de los hechos y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de lo establecido en el artículo 411° del Código Penal, que establece pena privativa de libertad de hasta cuatro (4) años, para los que hacen, en un procedimiento administrativo, una falsa declaración en relación a hechos o circunstancias que le corresponde probar, violando la presunción de veracidad establecida por ley.

Finalmente, en el caso de demostrarse el ocultamiento de información y/o consignación de información falsa, acepto mi descalificación automática del proceso de selección, y de ser el caso, la nulidad del contrato a que hubiera lugar, sin perjuicio de las acciones que correspondan.

Lugar y fecha,

Firma⁴



Huella Dactilar

⁴Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA
DE NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES

Yo.....
identificado/a con DNI N°, domiciliado en; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41º y 42º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

Que, declaro bajo juramento no registrar antecedentes penales, a efectos de postular en el presente proceso, según lo dispuesto en la Ley N° 29607, publicada el 26 de octubre de 2010 en el diario Oficial "El Peruano".

Autorizo al FISSAL a efectuar la comprobación de la veracidad de la presente declaración jurada solicitando tales antecedentes al Registro Nacional de Condenas del Poder Judicial.

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Lugar y fecha,



Huella Dactilar

Firma⁵

⁵Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACION JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTISMO

Yo.....
identificado/a con DNI N°, domiciliado en; al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

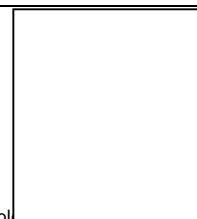
Tener relación de parentesco con las siguientes personas:

PARENTESCO	APELLIDOS		NOMBRES
	PATERNO	MATERNO	
Padre			
Madre			
Esposa(o)			
Conviviente			
Hijo(a)			
Suegro			
Suegra			
Hermano(a)			
Cuñado (a)			
Yernos y nueras			
Primos Hnos. (as)			
Tíos			
Sobrinos			

Lugar y fecha,

Firma⁶

⁶ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la información y la autenticidad de los documentos presentados.





PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACION JURADA
DE NO PERCIBIR OTRA REMUNERACION DE OTRA ENTIDAD DEL ESTADO

Yo.....
identificado/a con DNI N°, domiciliado en; al
amparo de lo dispuesto por los artículos 41º y 42º de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento
Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, **DECLARO BAJO
JURAMENTO** lo siguiente:

Que, no percibo otra remuneración de otra entidad del Estado.

Lugar y fecha,



Huella Dactilar

Firma⁷

⁷ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA SOBRE AUTENTICIDAD DE INFORMACION Y DOCUMENTACION

Ley N° 27444 - Ley 27815 – D.S N° 033-2005-PCM

El/La que suscribe,
identificado(a) con DNI N°, persona natural, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- Que, la documentación presentada en el presente proceso de convocatoria es verdadera, la cual puede ser verificada por la Entidad, en virtud a sus facultades de fiscalización posterior en concordancia con el artículo 32° de la Ley 27444.
- Que de advertir la Entidad la falsedad de algún documento presentado, se encuentra facultado para la inmediata resolución del contrato CAS, en concordancia con el literal d) del artículo 9° del D.S N° 033-2005-PCM.

Por lo expuesto, declaro conocer las consecuencias administrativas y penales en caso de falsedad de la presente declaración, asumiendo las responsabilidades del caso.

Lugar y fecha,



Huella Dactilar

Firma⁸

⁸ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA DE DATOS PERSONALES

Ley N° 27444

El/La que suscribe,
identificado(a) con DNI o CE N°, persona natural, **DECLARO BAJO JURAMENTO:**

- Mi nombre completo, es el siguiente:
- Mi Documento Nacional de Identidad o Carné de Extranjería, es el siguiente:
- Mi domicilio actual es el siguiente:.....
- Mi correo electrónico es el siguiente:.....
- Mi número telefónico fijo y/o celular son los siguientes:

Por lo expuesto, autorizo expresamente la notificación a través del correo electrónico antes declarado⁹.

Finalmente, declaro conocer las consecuencias administrativas y penales en caso de falsedad de la presente declaración, asumiendo las responsabilidades del caso.

Lugar y fecha,



Huella Dactilar

Firma¹⁰

⁹ De conformidad con lo dispuesto en el inciso 20.4 del artículo 20° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.
¹⁰ Toda la información presentada tiene carácter de declaración jurada. Quien suscribe el presente será responsable de la veracidad de la información y la autenticidad de los documentos presentados.



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



REGISTRO DE DERECHOHABIENTES

(Decreto Supremo N°015-2010-TR y Res. N°010-2011/SUNAT)

DATOS PERSONALES DEL TITULAR			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS	DNI
DOMICILIO (Dirección – Distrito – Departamento)		CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO

DATOS DE ESPOSO(A) / CONCUBINO / GESTANTE			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS	DNI

DATOS DE HIJOS MENORES DE EDAD			
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES COMPLETOS	DNI

IMPORTANTE
Se deberá presentar una copia del acta o partida de matrimonio con una antigüedad no menor a tres meses para el caso de cónyuge; asimismo, para el caso de concubino, deberá ser la escritura pública o resolución judicial de reconocimiento de la unión de hecho (ley 29560). Igualmente para acreditar a los hijos deberá presentar copia del DNI, carné de extranjería o pasaporte.
En el caso de matrimonio celebrado en el extranjero el Acta o Partida de Matrimonio inscrito en el Registro Consultar Peruano del lugar de celebración del acto o el Acta o Partida de Matrimonio legalizado por el consulado peruano de su jurisdicción y por el Ministerio de Relaciones Exteriores e inscrito en la Municipalidad o RENIEC.
En el caso de madre gestante se deberá presentar Escritura Pública, testamento o la sentencia de declaratoria de paternidad que acredite el reconocimiento del concebido.
En el caso de hijo(s) mayor(es) de 18 años incapacitados de forma permanente, se deberá presentar una Resolución de Incapacidad otorgada por el Centro Asistencial de EsSalud, la misma que es tramitada por el titular, según los procedimientos aprobados por dicha entidad.

Al amparo de lo dispuesto por los artículos 41° y 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General y en pleno ejercicio de mis derechos ciudadanos, DECLARO que los datos consignados son verdaderos. Asimismo, adjunto copia simple del DNI de mis derechohabientes y la documentación según corresponde.

Lugar y fecha,

_____ FIRMA



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES

Ley 28991 (Art.16), DS.009-2008-TR, DS.063-2007-EF

Señores

Fondo Intangible Solidario de Salud

FISSAL

Presente.-

Yo,

.....
identificado con DNI N° declaro que:

1. Deseo permanecer en el Sistema Nacional de Pensiones

2. Me encuentro actualmente afiliado a una AFP
AFP.....

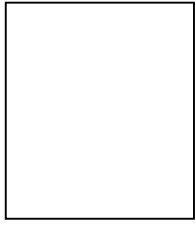
3. No estoy afiliado a ningún sistema de pensiones
Y voluntariamente deseo afiliarme al:

Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Sistema Nacional de Pensiones (ONP)

Lugar y fecha,

Firma



Huella Dactilar



PERÚ

Ministerio de Salud

Seguro Integral de Salud



Constancia de Entrega del Boletín Informativo acerca de las características del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y del Sistema Nacional de Pensiones (SNP)

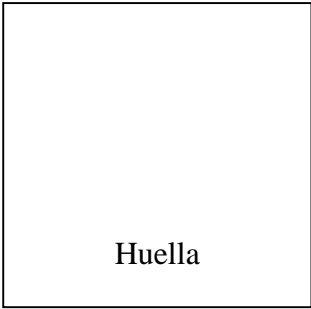
Por medio del presente documento de constancia de:

1. Haber leído y recibido de parte del Fondo Intangible Solidario de Salud los siguientes documentos:
 - a) El boletín informativo acerca de las características del Sistema Privado de Pensiones (SPP) y del Sistema Nacional de Pensiones (SNP).
 - b) 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 en esta empresa:
 - a) Debo entregar a mi empleador el Formato de Elección del Sistema Pensionario manifestando mi decisión en un plazo máximo de 10 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 10 días calendarios, contados a partir de hoy, seré afiliado por el mismo al Sistema Privado de Pensiones bajo las condiciones indicadas en el Boletín Informativo que me ha sido entregado.

Datos del Trabajador:

Nombres y Apellidos :

Tipo y número de documento de identidad :.....



Huella

Firma

D.N.I. N°.....

Lima, de del 2018

Entregado por: Recursos Humanos FISSAL- Lima



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

FISSAL
Fondo Intangible
Solidario de Salud

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONOS EN CUENTA

Lima,

Señores
Área de Recursos Humanos
FISSAL
Presente. -

Asunto: Autorización para el pago con abonos en cuenta
Por medio de la presente, comunico a Ud. el número de mi Cuenta Bancaria en Soles (S/.) así como mi código de cuenta interbancario (CCI):

ENTIDAD BANCARIA	NUMERO DE CUENTA BANCARIA	
	NUMERO DE CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI)	

Agradeciéndole, se sirva disponer lo conveniente para que los pagos por contraprestaciones realizadas, sean abonados en la cuenta antes indicada hasta la finalización de mi contrato con FISSAL.

Atentamente,

Nombre
DNI



PERÚ

Ministerio
de Salud

Seguro Integral de Salud

fissal
Fondo Intangible
Solidario de Salud

SEGURO INTEGRAL DE SALUD

FONDO INTANGIBLE SOLIDARIO DE SALUD – OFICINA DE ADMINISTRACION

REGISTRO DE DATOS PERSONALES, LABORALES Y FAMILIARES

FOTOGRAFÍA
TAMAÑO
PASAPORTE A
COLORES

APELLIDOS Y NOMBRES