



ANEXO N° 06-A

DECLARACION JURADA
Sistema Previsional

1. PARA EL SISTEMA PREVISIONAL DE PENSION

Por el presente documento declaro a la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud que:

- | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>(*) <input type="checkbox"/> SI estoy afiliado a la AFP.....
(Indicar nombre)</p> <p style="padding-left: 40px;">Código Único.....</p> <p><input type="checkbox"/> NO estoy afiliado a ninguna AFP</p> <p><input type="checkbox"/> Estoy afiliado a la SNP</p> <p><input type="checkbox"/> NO estoy afiliado a la SNP</p> <p><input type="checkbox"/> NO deseo afiliarme a la SNP o a ninguna AFP</p> | <p><input type="checkbox"/> Deseo Continuar</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo Cambiar</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo Afiliarme a la (**)</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo Continuar</p> <p><input type="checkbox"/> Deseo Cambiar</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

2. PARA INSCRIPCION A ESSALUD

INDICAR N° DE AUTOGENERADO:

(Adjuntar fotocopia de la tarjeta de acreditación de derecho)

REQUIERO INSCRIPCION EN ESSALUD

(Adjuntar DNI Original y fotocopia)

Con esta Declaración libero a la Oficina de Administración y Finanzas de toda responsabilidad por cuanto los datos que expongo se ajustan a la verdad.

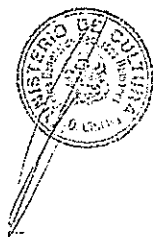
Fecha:/...../.....

.....

FIRMA DEL SERVIDOR

(*) Adjuntar copia del contrato

(**) De solicitar la afiliación a AFP, se deberá llenar el Formulario que expide la Superintendencia de Banca y Seguros





ANEXO Nº 06-B

DECLARACION JURADA

PROHIBICION DE PERCIBIR DOBLE INGRESO POR PARTE DEL ESTADO

Por el presente documento, yo, identificado (a) con DNI Nº, con domicilio en

DECLARO BAJO JURAMENTO que:

Que no percibo del Estado más de una remuneración, retribución, emolumento o cualquier tipo de ingreso, por ser incompatible la percepción simultánea de remuneración y pensión por servicios prestados al Estado.¹

Así mismo dejo expresa constancia que la desvinculación con mi último empleador fue por:

- RENUNCIA
- CUMPLIMIENTO DE CONTRATO
- OTROS

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

FIRMA

1 Conforme a lo dispuesto en el artículo 4º- Impedimentos para contratar y prohibición de doble percepción del Decreto Supremo Nº 065-2011-PCM y al artículo 3º de la Ley Nº 28175, Ley Marco del Empleo Público





ANEXO N° 06-C

DECLARACION JURADA

NO TENER IMPEDIMIENTO PARA EJERCER FUNCION PUBLICA

Por el presente documento, yo, identificado (a) con DNI N°
....., con domicilio en.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

QUE NO ME ENCUENTRO IMPEDIDO (A) PARA EJERCER CARGO, FUNCIÓN O SERVICIO PÚBLICO,
AL NO SER POSTOR O CONTRATISTA DE ALGUNA ENTIDAD DEL ESTADO PARA EJERCER
FUNCION PUBLICA O CARGO CONVOCADO POR LA ENTIDAD PUBLICA. 1

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

FIRMA

1 Decreto Supremo N° 065-2011-PCM, artículo 4°- Impedimentos para contratar y prohibición de doble percepción, que establece modificaciones al Reglamento del Régimen de Contratación Administrativa de Servicios aprobado por Decreto Supremo N° 075-2008-PCM.





ANEXO N° 06-D

DECLARACIÓN DE ADHESIÓN AL CÓDIGO DE ÉTICA
DE LA FUNCIÓN PÚBLICA

Por la presente, yo, identificado con D.N.I. N°

....., con domicilioDECLARO que he recibido copia del Código de Ética de la Función Pública- Ley N° 27815, así como su Reglamento Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, sobre cuyos contenidos manifiesto mi adhesión y me comprometo a cumplirlo.

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

FIRMA





ANEXO N° 06-E

DECLARACIÓN JURADA

LEY N° 28970

"LEY QUE CREA EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS"

Yo,....., identificado (a) con DNI N° , domiciliado en , en aplicación de la Ley N° 28970, DECLARO BAJO JURAMENTO QUE:

SI NO

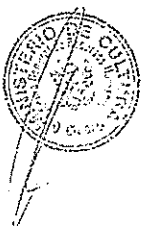
Tengo deuda por concepto de alimentos, ya sea por obligaciones alimentarias establecidas en sentencias o ejecutorias, o de acuerdo conciliatorio con calidad de cosa juzgada, así como tampoco mantengo adeudos por pensiones alimentarias devengadas sobre alimentos, que hayan ameritado la inscripción del suscrito en el Registro de Deudores Alimentarios creado por la Ley N° 28970.

Formulo la presente declaración en virtud del principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley N° 27444, sujetándome a las acciones legales y/o penales que correspondan de acuerdo a la legislación nacional vigente, en caso de verificarse su falsedad.

Lima,

Firma

DNI:





ANEXO N° 06-F

DECLARACIÓN JURADA

NORMAS DE SEGURIDAD Y SALUD EN EL TRABAJO

Por el presente documento, yo,....., identificado (a) con DNI N°, domiciliado en, declaro bajo juramento tener conocimiento de las normas de Seguridad y Salud en el Trabajo establecidas en la Ley N° 29873 y en su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-2012-TR.

Lima,

Firma

DNI:





PERÚ

Ministerio de Cultura

CARTA AUTORIZACIÓN

(Para el pago con abonos en la cuenta bancaria del personal)

Lima,

Señores:

MINISTERIO DE CULTURA

Presente.-

Asunto: Autorización para el pago de haberes.

Por medio de la presente, comunico a Ud. que el número de mis cuentas de ahorros y Código de Cuenta Interbancario (CCI) es el siguiente:

NOMBRES Y APELLIDOS	
RUC N°	
BANCO:	
CTA DE AHORROS:	
CÓDIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) N°	

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre sean abonados en la cuenta de ahorros que corresponde.

Atentamente,

Firma del trabajador

DNI N° _____