

**ANEXO 1**  
**DECLARACIÓN JURADA DEL REDAM, RENAESPPLLE,  
REDERECI Y DE NO TENER ANTECEDENTES PENALES NI POLICIALES**

El que suscribe, ....., con D.N.I. N° .....  
y con domicilio en ....., Distrito ....., Provincia  
....., Departamento....., declaro bajo juramento:

**1. Respecto al Registro de Deudores Alimentarios Morosos – REDAM, implementado por el Poder Judicial Ley N° 28970 (marcar con una “x”)**

- Estar inscrito en el REDAM  
 NO estar inscrito en el REDAM

**2. Respecto al Registro Nacional de Detenidos y Sentenciados a la Pena Privativa de la Libertad Efectiva – RENAESPPLLE<sup>1</sup> (marcar con una “x”)**

- NO tener condena por terrorismo, apología del terrorismo y otros delitos.

**3. Respecto al Registro de Deudores de Reparaciones Civiles – REDERECI<sup>2</sup>**

- NO cuento con impedimento para el ejercicio de la función pública y contratar con el Estado.

**4. Respecto a los antecedentes penales y policiales (marcar con una “x”)**

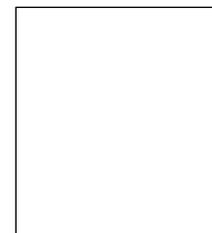
- NO registrar antecedentes penales ni policiales.

Por lo expuesto, suscribo la presente, de conformidad con lo establecido en el artículo 42° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, modificado mediante Decreto Legislativo N°1272, así como de conformidad con el Decreto Legislativo N° 1246.

En caso de resultar falsa la información que proporciono, declaro haber incurrido en el delito de falsa declaración en Procesos Administrativos – Artículo 411° del Código Penal y Delito contra la Fe Pública – Título XIX del Código Penal, acorde al artículo 32° de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General.

En fe de lo manifestado, firmo la presente declaración jurada, a los ..... días del mes de ..... de 2023

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella Dactilar  
(Índice derecho)

<sup>1</sup> La Ley N° 30794 en su artículo 1, establece como requisito para ingresar o reingresar a prestar servicios en el sector público, que el trabajador no haya sido condenado con sentencia firme, por delitos de terrorismo, apología de terrorismo, trata de personas, proxenetismo, violación de la libertad sexual y tráfico ilícito de drogas. Asimismo, detalla que la rehabilitación, luego de cumplida una sentencia condenatoria, no habilita para prestar servicios personales en el sector público.

<sup>2</sup> La Ley N° 303531, es su artículo 5, establece que las persona inscritas en el REDERECI están impedida de ejercer función, cargo, empleo, contrato o comisión de cargo público, así como postular y acceder a cargos públicos que procedan de elección popular. Estos impedimentos subsisten hasta la cancelación íntegra de la reparación civil dispuesta, lo dispuesto en el párrafo anterior es inaplicable a las personas condenadas por delitos perseguibles mediante el ejercicio privado de la acción penal.

**ANEXO 2**

**DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO**

(Ley N° 26771 y sus modificatorias)

Conste por el presente documento que yo, .....,  
con D.N.I N°..... y con domicilio en.....  
.....Distrito.....Provincia .....,  
Departamento....., declaro bajo juramento y en pleno uso de mis facultades, lo siguiente (marca  
con una "x"):

Cuento con parientes con la facultad de designar, nombrar, contratar o que tienen injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar del Banco de la Nación.

- Hasta cuarto (4°) grado de consanguinidad: tatarabuelos, bisabuelos, abuelos, padres, hijos, hermanos, nietos, bisnietos, tataranietos, tíos abuelos, tíos, sobrinos, primos hermanos, sobrinos nietos.
- Hasta segundo (2°) grado de afinidad: suegros, yernos, nueras, cuñados, hijo/s del cónyuge o conviviente o concubino, abuelos y nietos del cónyuge o conviviente o concubino, progenitor del hijo.
- Por matrimonio, unión de hecho, convivencia o concubino.

Apellidos y nombres	Grado de parentesco	Cargo / Categoría	Dependencia donde labora

NO cuento con parientes hasta el 4° de consanguinidad ni 2° de afinidad ni cónyuge o conviviente, con la facultad de designar, nombrar, contratar o que tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar al Banco de la Nación.

Por lo cual, declaro que no me encuentro incurso en los alcances de la Ley N° 26771 ni sus modificatorias, que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público en caso de parentesco y su Reglamento Decreto Supremo N° 021-2000-PCM.

Asimismo, me comprometo a no participar en ninguna acción que configure **ACTO DE NEPOTISMO**, conforme a lo determinado en las normas sobre la materia.

....., ..... /..... /2023

Firma

Huella Dactilar  
(Índice derecho)

**ANEXO 3**  
**DECLARACIÓN JURADA DE CUMPLIMIENTO DE CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL  
CARGO DE ACUERDO AL PERFIL DE PUESTO**

Conste por el presente documento que yo, ....., con D.N.I. N°..... y con domicilio en ....., Distrito ....., Provincia ....., Departamento....., declaro bajo juramento y en pleno uso de mis facultades que cumplo con los conocimientos requeridos para el cargo/perfil elegido de acuerdo a lo especificado en el literal E del Perfil de Puesto.

Marque con una "X" su nivel de dominio según corresponda:

Tengo conocimiento en	Nivel de Dominio			
	Sin conocimientos	Básico	Intermedio	Avanzado
Ofimática: Word, Excel, Power Point				
Inglés				

..... / ..... / 2023

\_\_\_\_\_

Firma



Huella Dactilar  
(Índice derecho)

**ANEXO 4**  
**DECLARACIÓN JURADA DE PADECIMIENTO DE COMORBILIDADES PARA**  
**RIESGO DE COMPLICACIONES POR COVID-19**

APELLIDOS Y NOMBRES:	
DNI N°:	
N° DE CELULAR:	

Declaro bajo juramento tener conocimiento de padecer las siguientes enfermedades o condiciones:

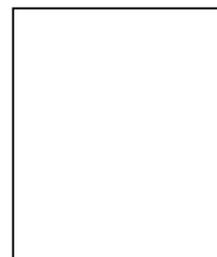
N°	CONDICIONES FÍSICAS / ENFERMEDAD (COMORBILIDAD*)	SI	NO
1.	Edad mayor de 65 años		
2.	Cáncer		
3.	Enfermedad renal crónica		
4.	Enfermedad pulmonar crónica		
5.	Afecciones cardiacas		
6.	Diabetes Mellitus tipo 1 ó 2		
7.	Obesidad (IMC $\geq$ 30)		
8.	Inmunosupresión		
9.	Receptores de trasplante de órganos		
10.	Enfermedad cerebrovascular		
11.	Hipertensión arterial		
12.	Síndrome de Down		
13.	Embarazo		
14.	Infección por VIH		

\* De acuerdo a la RM 031-2023 MINSA

Asimismo, comprendo a cabalidad que, de omitir y/o falsear información puedo perjudicar mi estado salud, asumiendo las consecuencias que dicha omisión y/o falsedad puedan ocasionar en mi persona.

..... / ..... / 2023

\_\_\_\_\_  
Firma



Huella Dactilar  
(Índice derecho)