

**ANEXO 02
DECLARACIÓN JURADA
DE PADECIMIENTO DE COMORBILIDADES PARA RIESGO DE COVID-19
PUESTO RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL**

Apellidos y Nombres : _____

Dirección : _____

DNI : _____

N° celular : _____

Mediante el presente documento, declaro bajo juramento, que antes de iniciar mi actividad laboral de manera presencial, debo comunicar al Banco de la Nación que **SI () NO ()** pertenezco al Grupo de Riesgo ante el COVID-19, acorde al numeral 3, de las bases del programa.

En tal sentido, comprendo a cabalidad que debo responder con la verdad si cuento o no, con alguna comorbilidad que me ponga en riesgo de complicaciones por el COVID-19.

Por lo expuesto, declaro bajo juramento tener conocimiento de padecer las siguientes enfermedades o condiciones:

| COMORBILIDAD | SI | NO |
|--|----|----|
| Hipertensión arterial refractaria (no controlada) | | |
| Enfermedades cardiovasculares graves | | |
| Cáncer | | |
| Diabetes Mellitus | | |
| Asma moderada o grave | | |
| Enfermedad pulmonar crónica | | |
| Insuficiencia renal crónica con tratamiento con hemodiálisis | | |
| Enfermedad o tratamiento inmunosupresor | | |
| Obesidad con IMC de 40 a más | | |

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

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI
Hora

HUELLA DACTILAR

**ANEXO 03
DECLARACIÓN JURADA
FICHA DE SINTOMATOLOGÍA DE LA COVID-19
PUESTO RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL**

Mediante el siguiente formato me comprometo a responder con la verdad

| | |
|------------------------------|--------------------|
| Empresa o Entidad Pública | BANCO DE LA NACIÓN |
| RUC | 20100030595 |
| Área de la actividad laboral | Red de Agencias |
| Apellidos y nombres | |
| DNI | |
| Domicilio | |
| N° celular | |

En los últimos 14 días calendario ha tenido alguno de los síntomas siguientes:

| | SI | NO |
|--|-----------|-----------|
| Sensación de alza térmica o fiebre | | |
| Tos, estornudos o dificultad para respirar. | | |
| Expectoración o flema amarilla o vercosa. | | |
| Contacto con persona(s) con un caso confirmado de COVID-19 | | |
| Está tomando alguna medicación (detallar cuál o cuáles): | | |

Todos los datos expresados en esta ficha constituyen declaración jurada de mi parte.

He sido informado que de omitir o falsear información puedo perjudicar la salud de mis compañeros, y la mía propia, asumiendo las responsabilidades que correspondan.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI



ANEXO 04
LEY N° 28882
DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO
Ley de Derogación de Atribución de la PNP a Expedir
“Certificados Domiciliarios”
Puesto RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL
(Ley de Procedimientos Administrativos N° 27444)
(Ley de simplificación Administrativa N° 25035)

Yo, _____
identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
_____, Distrito _____,
Provincia _____, Departamento _____ en el pleno goce de los
Derechos Constitucionales y en concordancia con lo previsto en la LEY DE
PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS N° 27444.

DECLARO BAJO JURAMENTO

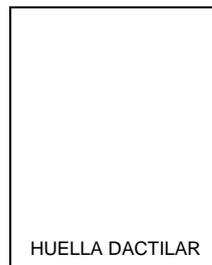
Que, la dirección que señalo líneas arriba es mi domicilio real, actual, efectivo y verdadero, donde tengo vivencia real, física y permanente; en caso de comprobarse falsedad alguna estoy sometiéndome a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal.

Formulo la siguiente **Declaración Jurada** para los fines legales del CONTRATO LABORAL Y NOTIFICACIONES DE CARÁCTER ADMINISTRATIVO QUE REQUIERA REALIZAR EL BANCO DE LA NACIÓN.

Para mayor constancia y validez y en cumplimiento firmo y estampo mi huella dactilar al pie del presente Certificado para los fines legales correspondientes.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI



ANEXO 05
DECLARACIÓN JURADA PARA PREVENIR CASOS DE NEPOTISMO
LEY N° 26771, MODIFICADA POR LEY N° 30294
D.S. N° 021-2000-PCM, D.S. 017-2002-PCM Y D.S. N°034-2005-PCM
PUESTO RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL

Yo, _____
identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
_____, Distrito _____,
Provincia _____, Departamento _____

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- Cuento con parientes con la facultad de designar, nombrar, contratar o tengan injerencia directa o indirecta en el ingreso a laborar al Banco de la Nación:
- *Hasta Cuarto Grado de Consanguinidad: Bisabuelos, Abuelos, Padres, Hijos, Hermanos, Nietos, Bisnietos, Tíos, Sobrinos, Primos, Sobrinos Nietos.*
 - *Hasta Segundo Grado de Afinidad: Suegros, Yernos, Nueras, Cuñados.*
 - *Por Matrimonio: Cónyuges.*
 - *Unión de hecho o convivencia*

| <i>Apellidos y Nombres</i> | <i>Grado de Parentesco</i> | <i>Cargo /Categoría</i> | <i>Dependencia donde labora</i> |
|----------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

- No cuento con parientes hasta el 4° grado de consanguinidad, 2° de afinidad y/o Cónyuge y/o Conviviente, con la facultad de designar, nombrar, contratar o 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, modificada por Ley N° 30294 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 D.S. 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.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma
DNI



ANEXO 06
DECLARACIÓN JURADA DE NO TENER
ANTECEDENTES PENALES, NI POLICIALES
PUESTO RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL

Yo, _____
identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
_____, Distrito _____,
Provincia _____, Departamento _____

DECLARO BAJO JURAMENTO
NO REGISTRAR ANTECEDENTES PENALES, NI POLICIALES

Suscribiendo 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.

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

Firma: _____

Nombre:



**ANEXO 07
DECLARACIÓN JURADA
CONOCIMIENTOS REQUERIDOS PARA EL CARGO: EN OFIMÁTICA E IDIOMAS
PUESTO RECIBIDOR – PAGADOR TIEMPO PARCIAL**

Yo, _____
 identificado(a) con DNI N° _____, domiciliado en _____
 _____, Distrito _____,
 Provincia _____, Departamento _____

Declaro bajo juramento lo siguiente: (marcar con una "X")

| Tengo conocimiento en | Nivel de Dominio | | | |
|--|------------------|--------|------------|----------|
| | No tengo | Básico | Intermedio | Avanzado |
| Atención al cliente | | | | |
| Manejo de efectivo. | | | | |
| Procesador de texto (Word, Open Office Write, etc.) | | | | |
| Hoja de Cálculo: Excel | | | | |
| Inglés (para zonas de alto turismo) | | | | |
| Dialectos o lenguas nativas de acuerdo con la necesidad de servicio. | | | | |
| Lenguaje de señas. | | | | |

Ciudad de _____, _____ de _____ de 202__

 Firma
 DNI

