

Anexo 02: Formato para levantamiento de información de servidores en el Grupo de Riesgo - COVID 19

Declaración Jurada

Yo, **BRUNO MOZOMBITE CABRERA** identificado(a) con DNI/CE N° **00897486**, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD*	SI	NO
Mayor a 60 años		X
Hipertensión arterial		X
Enfermedades cardiovasculares		X
Diabetes Mellitus		X
Obesidad con IMC de 30 a más		X
Asma		X
Enfermedades respiratorias crónicas		X
Insuficiencia Renal crónica		X
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		X

*Factores de riesgo de acuerdo a Documento técnico aprobado mediante RM 193-2020-MINSA.

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las siguientes condiciones que los ubican dentro del grupo de riesgo:

NOTA: Cabe señalar que, de conformidad con lo establecido por el numeral 1.16 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, se dispone que: *"La tramitación de los procedimientos administrativos se sustentará en la aplicación de la fiscalización posterior; reservándose la autoridad administrativa, el derecho de comprobar la veracidad de la información presentada, el cumplimiento de la normatividad sustantiva y aplicar las sanciones pertinentes en caso que la información presentada no sea veraz"*; dicha disposición normativa es concordante con lo estipulado por los artículos 34° y 239° del precitado Texto Único Ordenado.

Por lo tanto, si el administrado oculta información y/o consigna información falsa, será investigado por la Comisión de Procedimientos Administrativos Disciplinarios correspondiente, considerándose la comisión de la falta como grave; sin perjuicio de la responsabilidad penal que hubiera incurrido.



BRUNO MOZOMBITE CABRERA
DNI N° 00897486
DECLARANTE

Anexo 02: Formato para levantamiento de información de servidores en el Grupo de Riesgo - COVID 19

Declaración Jurada

Yo, **JARY VALERA PINEDO** identificado(a) con DNI/CE N° **43014232**, declaro lo siguiente respecto a mis condiciones de salud:

PRESENTO ALGUNA DE LAS SIGUIENTES CONDICIONES DE SALUD*	SI	NO
Mayor a 60 años		X
Hipertensión arterial		X
Enfermedades cardiovasculares		X
Diabetes Mellitus		X
Obesidad con IMC de 30 a más		X
Asma		X
Enfermedades respiratorias crónicas		X
Insuficiencia Renal crónica		X
Enfermedad o tratamiento inmunosupresor		X

*Factores de riesgo de acuerdo a Documento técnico aprobado mediante RM 193-2020-MINSA.

Asimismo, declaro que dentro de mi vivienda residen los siguientes familiares que cuentan con las siguientes condiciones que los ubican dentro del grupo de riesgo:

NOTA: Cabe señalar que, de conformidad con lo establecido por el numeral 1.16 del artículo IV del Título Preliminar del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, se dispone que: *"La tramitación de los procedimientos administrativos se sustentará en la aplicación de la fiscalización posterior; reservándose la autoridad administrativa, el derecho de comprobar la veracidad de la información presentada, el cumplimiento de la normatividad sustantiva y aplicar las sanciones pertinentes en caso que la información presentada no sea veraz"*; dicha disposición normativa es concordante con lo estipulado por los artículos 34° y 239° del precitado Texto Único Ordenado.

Por lo tanto, si el administrado oculta información y/o consigna información falsa, será investigado por la Comisión de Procedimientos Administrativos Disciplinarios correspondiente, considerándose la comisión de la falta como grave; sin perjuicio de la responsabilidad penal que hubiera incurrido.



JARY VALERA PINEDO
DNI N° 43014232
DECLARANTE