

REPÚBLICA DEL PERÚ

**Resolución Jefatural**Lima, 25 de NOVIEMBRE del 2020**VISTOS:**

El Memorando N° 030-2020-J/INEN de la Jefatura Institucional, el Informe N° 726-2020-ORH-OGA/INEN de la Oficina de Recursos Humanos; y el Informe N° 801-2020-OAJ/INEN de la Oficina de Asesoría Jurídica; y,

**CONSIDERANDO:**

Que, a través de la Ley N° 28748, se creó como Organismo Público Descentralizado al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – INEN, con personería jurídica de derecho público interno, con autonomía económica, financiera, administrativa y normativa, adscrito al Sector Salud, constituyendo Pliego Presupuestal y calificado como Organismo Público Ejecutor en concordancia con la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo y el Decreto Supremo N° 034-2008-PCM;

Que, mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA, publicado en el Diario Oficial "El Peruano" con fecha 11 de enero de 2007, se aprobó el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (ROF-INEN), estableciendo la jurisdicción, funciones generales y estructura orgánica del Instituto, así como las funciones inherentes a sus Unidades Orgánicas y Departamentos;

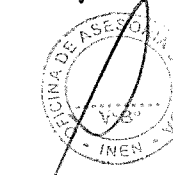
Que, de conformidad con el literal u) del artículo 9 del ROF del INEN, aprobado por Decreto Supremo N° 001-2007-SA, la Jefatura es la máxima autoridad del INEN, tiene la atribución de autorizar los encargos o asignación de funciones para los cargos directivos;

Que, el Decreto Supremo N° 174-2020-PCM, proroga el Estado de Emergencia Nacional por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-9, a partir del domingo 01 de noviembre de 2020 hasta el lunes 30 de noviembre de 2020, por las graves circunstancias que afectan la vida de la Nación a consecuencia del COVID-19, estableciendo que durante dicha prórroga del Estado de Emergencia Nacional queda restringido el ejercicio de los derechos constitucionales relativos a la libertad y la seguridad personales, la inviolabilidad del domicilio, y la libertad de reunión y de tránsito en el territorio, comprendidos en los incisos 9, 11 y 12 del artículo 2 y en el inciso 24, apartado f) del mismo artículo de la Constitución Política del Perú;

Que, mediante Memorando N° 030-2020-J/INEN de la Jefatura Institucional, se solicita la delegación de facultades al Director/a Ejecutivo/a de la Oficina de Recursos Humanos, para la suscripción del Anexo N° 03 Formato de Declaración Jurada (Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM);

Que, al respecto el artículo 81° del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, aprobado por Decreto Supremo N° 004-2019-JUS, establece que todo cambio de competencia debe ser temporal, motivado; y estar su contenido referido a los procedimientos señalados en el acto que lo origina;

Que, en ese contexto, con el propósito de lograr una gestión administrativa dinámica y garantizar la celeridad de los procedimientos, en cumplimiento de las funciones asignadas al Titular de la Entidad, resulta pertinente emitir la Resolución Jefatural que delegue la facultad antes mencionada;



Contando con el visto bueno de la Sub Jefatura Institucional, de la Gerencia General, de la Oficina de Recursos Humanos y de la Oficina de Asesoría Jurídica del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas; y

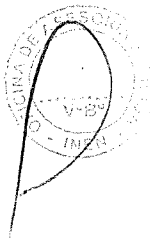
Con las facultades conferidas en el Reglamento de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, aprobado mediante Decreto Supremo N° 001-2007-SA y de conformidad con la Resolución Suprema N° 011-2018-SA;

**SE RESUELVE:**

**ARTÍCULO PRIMERO.- DELEGAR** la facultad para la suscripción del Anexo N° 03 Formato de Declaración Jurada (Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM) al Director/a Ejecutivo/a de la Oficina de Recursos Humanos, a partir de la emisión de la presente resolución.

**ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR** a la Oficina de Comunicaciones de la Gerencia General del INEN, la publicación de la presente resolución en el portal institucional del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN [www.inen.sld.pe](http://www.inen.sld.pe).

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y PUBLÍQUESE.**



Dr. EDUARDO PAYET MEZA  
Jefe Institucional  
INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS



PERU

Sector  
Salud



**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001- 2020-INEN/OGA-ORH**  
**Directiva Administrativa que establece Disposiciones Temporales en el ámbito laboral**  
**del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como medida de Prevención a la**  
**Propagación del COVID-19**

**ANEXO N° 03**

**FORMATO DE DECLARACIÓN JURADA**  
**(Base legal: Artículo 8.3 del Decreto Supremo N° 083-2020-PCM)**

Mediante el presente documento, yo,.....(indicar nombres y apellidos completos), identificado con DNI N°....., con Teléfono Celular N°....., domicilio en....., teléfono fijo....., celular....., correo electrónico.....; declaro lo siguiente:

1. Soy trabajador/a del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas - INEN, identificada con Registro Único de Contribuyente N° 20514964778, en la que actualmente ocupo el cargo/puesto de:....., realizando funciones:

.....  
 .....  
 .....

2. Estoy enterado/a y tengo pleno conocimiento que formo parte integrante del grupo con factores de riesgo para COVID-19, conforme a lo establecido en las normas sanitarias emitidas por la Autoridad Nacional Sanitaria.

3. Cuento con el certificado de aptitud de mi estado de salud validado por el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as o quien haga sus veces en el centro de labores de la empresa o entidad, el que deja expresa constancia que me encuentro APTO para la prestación de labores presencial a favor de la institución.

4. Asimismo, el empleador/a y/o el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as o quien haga sus veces me ha informado que la realización de labores presencial que me asignen no incrementa mi exposición a riesgo.

5. Voluntariamente deseo concurrir a trabajar a mi centro de labores.

6. Mi empleador/a me ha informado sobre la identificación del peligro, la valoración del riesgo y la aplicación de jerarquía de controles sobre mi puesto de trabajo ante el riesgo de contagio por COVID-19.

7. Mi empleador/a me ha informado y remitido información sobre las medidas preventivas que se han formado en el centro de trabajo y en mi puesto.

8. Mi empleador/a me ha informado de los signos y síntomas característica del SARV CoV2- COVID19 señalados en el ANEXO 2 del documento Técnico "Lineamientos para vigilancia, prevención y control de la salud de los trabajadores con riesgo de exposición a COVID19" contenido en la





**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 001- 2020- INEN/ OGA- ORH**  
**Directiva Administrativa que establece Disposiciones Temporales en el ámbito laboral del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas como medida de Prevención a la Propagación del COVID-19**

Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias, que a la fecha del retorno del trabajo no presente.

- 9. Mi empleador/a me ha informado que cumple la Ley N° 29783, Ley de Seguridad y Salud en el Trabajo y modificatorias; su Reglamento y modificatorias; las disposiciones legales emitidas para la vigilancia, prevención y control del COVID-19, según la Resolución Ministerial N° 239-2020-MINSA y modificatorias; y las demás normas sanitarias que emita la Autoridad Nacional Sanitaria.
- 10. Mi empleador/a me ha informado que garantiza la entrega, capacitación sobre su uso adecuado, conservación y eliminación de los equipos de protección personal requeridos para mi cargo/puesto de trabajo.

Firmado en ....., el día.....del mes de..... de 2020.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma del trabajador/a

El/la representante legal del INEN y el/la médico responsable de la vigilancia de la salud de los/las trabajadores/as o quien haga sus veces en el centro de labores de la entidad firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el /la trabajador/a.

\_\_\_\_\_  
Nombre completo y firma de el/la representante legal

\_\_\_\_\_  
Nombre completo, firma y sello del médico el/la médico responsable o quien haga sus veces que autoriza.

