



DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE INCOMPATIBILIDAD

NOTA: EL CONTENIDO DE LA PRESENTE DECLARACIÓN ES DE EXCLUSIVA RESPONSABILIDAD DEL DECLARANTE

- * Juro que todos los datos declarados en el presente formulario son verídicos. De comprobarse la falsedad de alguno de ellos será sujeto a las sanciones que establece el Marco Legal de la Ley 1178, Reglamento del Escalafon y el Reglamento de Faltas y Sanciones.
- * Asimismo, autorizo expresamente a la D.D.E. a verificar la información proporcionada y me comprometo, en caso de ser requerido, a presentar la documentación que sustente lo declarado.
- * De presentarse modificaciones posteriores a la presente, me comprometo a declarar, inmediatamente, las mismas mediante el llenado de un nuevo formulario.

A. DATOS GENERALES DEL DECLARANTE

Apellidos: Nombre:

C.I.: Exp.: Otro documento:

Institución Educativa:

B. DECLARACIÓN DE INCOMPATIBILIDAD (De ser afirmativas las respuestas, llenar el cuadro de conflicto de intereses declarado)

Declaro a mi leal saber y entender que:

- 1 **No tengo intereses de caracter personal, negocios, contratos privados, comerciales, financieros, económicos u otros directos o indirectos de cualquier índole con la Dirección Distrital de Educación y D.D.E. Sin embargo, declaro aquellos que en un futuro, podrían ser considerados como causal de incompatibilidad.**

Nombre de la institución o empresa	Tipo de relación
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

2. SI ☐ NO ☐ Desempeño actividades como docente - servicio de salud - actividad artística y/o cultural (Si la respuesta es SI, continúe con el paso 2.1 e indique el nombre de la Institución).

2.1 De existir **incompatibilidad horaria** entre ésta actividad y aquellas que se deriven de mis nuevas funciones, me comprometo a respetar el **Reglamento del Escalafon y el Reglamento de Faltas y Sanciones.**

Nombre de la institución	Departamento, Ciudad, Provincia	Desde (fecha)	Horario
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 3 SI ☐ NO ☐ Percibo remuneración del Estado, como docente - en servicio de salud - actividades culturales y artísticas DS N° 3766/2019 (Si la respuesta es SI, continúe).

De existir **incompatibilidad salarial** entre los ingresos percibidos por concepto de sueldos, jubilación, subsidios y otros y aquellas que se deriven de mis nuevas funciones en el S.E.P. me comprometo a renunciar a una de ellas, en el Marco Jurídico del art. 8 del D.S. 0014 de 19/02/2009 que establece que la remuneración (salario básico, bonos y otros) del sector público no podrá ser mayor o igual a la que percibe el Presidente del Estado Plurinacional.

Nombre de la institución	Cargo	Fech_Ingr	Total_Ganado
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

- 4 SI ☐ NO ☐ Tengo miembro (s) de mi familia hasta el 4to. grado de consanguinidad y 2do grado de afinidad desempeñando cargos y/o funciones en la DDE o Dirección Distrital. (si la respuesta es Si, continuar con el punto 5; si la respuesta es No, continuar con el punto 6)

- 5 **Relaciones de Parentesco :** Registrar solo los parientes con vida: padres, abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, hijos, nietos, bisnietos, tataranietos, hermanos, sobrinos, sobrino nietos, tíos, primo hermanos, conyuge, suegros, cuñados, yernos y nueras. **(Declarelos, siempre que sean mayores a 18 años).**

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(Si se requiere adjuntar hoja adicional.)

- 6 SI ☐ NO ☐ Recibo del Estado, renta(s) de jubilación u otros similares. (si la respuesta es Si, continuar con el llenado; si la respuesta es No, continuar con el punto 7).

Estos ingresos, corresponden a mi permanencia en (nombre de la institución donde trabajó) donde desarrollé actividades en el cargo de . Al considerar lo anterior como un conflicto de interés, corresponde a mi persona renunciar en el acto a éstos beneficios; asimismo, me comprometo a realizar todos los trámites que se originen de ésta decisión.

- 7 Declaro tener pleno conocimiento de los impedimentos para participar en procesos de contratación señalados en los incisos "g" y "h" del artículo 43 del D.S. 181 de 28 de junio de 2009 Normas Básicas del Sistema de Administración de Bienes y Servicios.

...../...../2022.....
Fecha de llenado

.....
Firma del declarante