

DECLARACIÓN DE INEXISTENCIA DE INCOMPATIBILIDAD LABORAL Y SALARIAL

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 y el Régimen Normativo de Institutos aprobados por el Ministerio de Educación.
- * Asimismo, autorizo expresamente al M.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.: Cargo:
 Nombre del Instituto:

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 carácter personal, negocios, contratos privados, comerciales, financieros, económicos u otros directos o indirectos de cualquier índole con el M.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

2. SI NO Desempeño otras actividades como docente - servicio de salud - actividad artística y/o cultural u otro cargo en otras instituciones (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 General de Institutos Técnicos y Tecnológicos de Carácter Fiscal, Convenio y Privado y las Normas Generales para la Gestión Institucional, Académica y Administrativa de la Formación Superior Técnica, Tecnológica, Lingüística y Artística y Art. 236 párrafo I de la Constitución Política del Estado.

Nombre de la institución	Tiempo horario (Tiempo parcial/ Tiempo completo)	Desde (fecha)	Horario

3. SI NO Percibo otra remuneración del Estado, como docente - en servicio de salud - actividades culturales y/o artísticas u otro cargo en otra institución pública o privada (si la respuesta es SI, llene el siguiente cuadro):

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 Sistema de Educación Plurinacional **me comprometo a renunciar a una de ellas**, en el Marco Jurídico de la normativa 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	Fecha_Ingreso	Total_Ganado

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 esta Institución. (si la respuesta es SI, continuar con el punto 5; si la respuesta es No, continuar con el punto 6)

5. **Relación de Parentesco:** Registrar solo los parientes con vida: padres, abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, hijos, nietos, bisnietos, tataranietos, hermanos, sobrinos, tíos, primos, conyugue, suegros, cuñados, yernos y nueras (Declarelos, siempre que sean mayores de 16 años).

Parentesco	Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres

6. SI NO Percibo del Estado, rentas(s) de jubilación u otros similares. (si la respuesta es SI, continuar con el llenado: si la respuesta es NO, continuar con el punto 5).

Estos ingresos, corresponden a mi permanencia en (nombre de la institución donde trabajo)
 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; mismo me comprometo a realizar todos los trámites que se originen de esta decisión.

7. Declaro tener pleno conocimiento de los impedimentos para participar en procesos de contratación (para consultores de línea) 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.

8. **Última fecha de: Declaración Jurada de Bienes y Rentas (solo TGN)**

...../...../.....
 día mes año

...../...../2025
Fecha de llenado

.....
Firma de la o el declarante