



DECLARACION JURADA

(Base legal: Decreto Legislativo N° 1154)

Mediante el presente documento, yo

..... identificado(a) con DNI N°

Celular correo electrónico

Declaro lo siguiente:

1.- Que actualmente ocupo el cargo/puesto de

..... del Hospital "Carlos Lanfranco La Hoz" .

2.- Tengo pleno conocimiento que la servidora nombrada (.....) CAS (.....)

..... , ha cumplido con realizar los

servicios complementarios del día, en el turno de

3.- Cuento con los documentos sustentatorios que demuestran el trabajo realizado en el Servicio de, en la fecha antes señalada.

4. Mi empleador/a me ha informado que, el Decreto Legislativo N° 1154 autoriza a los profesionales de salud a brindar en forma voluntaria servicios complementarios.

5. Mi empleador/a me ha informado que, durante la vigencia de la Emergencia Sanitaria se ha autorizado a los establecimientos de salud priorizados por el MINSA, conforme a lo señalado en el numeral 5.1 del artículo 5 del Decreto de Urgencia N° 039-2020, del segundo o tercer nivel de atención, a programar ampliaciones de turno para servicios complementarios en salud.

6. Mi empleador/a me ha informado que, mediante la Resolución Ministerial N° 143-2020-MINSA, modificada por la Resolución Ministerial N° 237-2020-MINSA, se aprueba el valor costo-hora para el cálculo de la entrega económica por los servicios complementarios en salud que realicen profesionales de la salud, en la modalidad por turno o procedimiento asistencial, aplicable durante el periodo de vigencia de la Emergencia Sanitaria declarada por el Decreto Supremo N° 008-2020-SA.



7. Mi empleador/a me ha informado que los profesionales de la salud, son programados fuera de la jornada de trabajo o durante el goce de su descanso físico o periodo vacacional.

8.- Mi empleador/a me ha informado que la programación de los servicios complementarios es hasta un máximo de 12 horas por día y hasta ocho turnos al mes.

9.- Mi empleador/a me ha informado que el numeral 11.5 del artículo 11 del Decreto de urgencia N° 039-2020, incorporado por el Decreto de Urgencia N° 045-2020, señala que el pago de la entrega económica de los servicios complementarios está a cargo de la Unidad Ejecutora donde se presta el servicio.

Firmado en la ciudad deel día del mes de..... de 2020.

Nombre completo y Firma del Jefe/a

El/la jefe responsable de la programación de los servicios complementarios o quien haga sus veces en el Departamento o Servicio, firman la presente declaración jurada en señal de conformidad y veracidad de la información declarada por el trabajador(a).

**Nombre completo y firma del Jefe de Departamento
O quien haga sus veces**

**Nombre completo, firma y sello del trabajador(a)
o quien haga sus veces**



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

Nombre completo y Firma del Representante legal

Nombre completo, firma y sello del médico responsable
o quien haga sus veces