

**“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

**DECLARACIÓN JURADA**

Yo,.....,trabajador (a)  
del Hospital Regional Lambayeque,, con el cargo/puesto laboral de .....  
asignado (a) en el área de ..... .. identifica (o) con DNI N.º.....  
con domicilio en ....., teléfono .....

**DECLARO BAJO JURAMENTO**

Que, a la fecha, he recibido de EsSalud, las prestaciones económicas por:

\* Maternidad ( )

\* Incapacidad Temporal para el trabajo ( )

correspondiente al (los) periodo(s) siguientes :

1.- Pre-Natal, del ..... al ..... = s/.....

2.- Post-Natal, del ..... al ..... = s/.....

3.- Incap.Temp.del ..... al ..... = s/.....

Me someto a las verificaciones que disponga el Hospital Regional Lambayeque para corroborar la veracidad del presente Declaración Jurada.

En tal sentido, firmo la presente Declaración Jurada, acogiéndome a la presunción de veracidad establecida en el Art. IV del Título Preliminar y el Art 42° DE LA Ley 27444- Ley de Procedimiento Administrativo General, expresando asimismo, conocer las consecuencias de orden administrativo y penal, en caso de falsedad de esta Declaración Jurada, conforme lo regula el Art. 4° del Decreto Supremo N.º 017-96-PCM y el artículo 411 del Código Penal.

Chiclayo,.....

Firma .....

Nombres y Apellidos.....

DNI N.º .....

Adjunto.- Una fotocopia simple del voucher del pago Pre-Natal (BBVA Continental).  
Una fotocopia simple del voucher del pago Post-Natal (BBVA Continental).  
Una fotocopia simple del voucher del pago de Incapacidad Temporal (BBVA Continental).



Hospital Regional  
**LAMBAYEQUE**  
*Tu salud, nuestra razón de ser.*

## REQUISITOS PARA EL TRÁMITE

- **LLENAR, ADJUNTAR y PRESENTAR**, en la Oficina de Bienestar de Personal del Hospital Regional Lambayeque por la Prestación Económica (PRE-NATAL; POST NATAL y ENFERMEDAD):

- El voucher de pago emitido en el Banco Continental (BBVA)

BIENESTAR DE PERSONAL