

## SOLICITUD DE COTIZACIÓN

UNIDAD EJECUTORA : 302 UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL CANCHIS  
NRO. IDENTIFICACIÓN : 001105

Señores :	RUC:
Dirección :	
Teléfono :	Fax :
Email :	Fecha : 16/01/2026
Concepto :	Moneda : S/. SERVICIO DE CONTRATACION DEL SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL SERVICIO EDUCATIVO HOSPITALARIO DE LA UGEL CANCHIS

UNIDAD MEDIDA	ITEM	DESCRIPCION	VALOR TOTAL
SERVICIO	850100070007	<p>SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO – SALUD</p> <p><b>TERMINOS DE REFERENCIA:</b></p> <p>SERVICO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO SALUD Y PENSION COBERTURA DE (01) PROFESIONAL DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL SEHO</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- SCTR SALUD</li><li>- PENSIONES POR INVALIDEZ</li><li>- PENSIONES DE SOBREVIVENCIA</li><li>- GASTOS DE SEPELIO</li></ul> <p><b>CLAUSULA ADICIONAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- ASISTENCIA Y ASESORAMIENTO PREVENTIVO EN SALUD OCUPACIONAL PARA LOS EMPLEADOS</li><li>- LA EMISIÓN DE LIQUIDACIONES MENSUALES Y ENDOSO SERÁ BAJO LA TASA Y COSTO POR ASEGURADO OFRECIDO POR EL CONTRATISTA EN CADA RAMO</li><li>- LA EMISIÓN DE DOCUMENTOS (PÓLIZAS, ENDOSOS, CERTIFICACIONES, CONSTANCIAS ENTRE OTROS) SERÁ EN UN PLAZO DE QUINCE 15 DÍAS HÁBILES, CONTADOR A PARTIR DEL DÍA SIGUIENTE DE LA SUSCRIPCIÓN DEL CONTRATO O LA RECEPCIÓN DEL REQUERIMIENTO DE LA ENTIDAD, CONSIDERANDO QUE LA ENTIDAD PROPORCIONARÁ LA INFORMACIÓN REQUERIDA PARA LA EMISIÓN DE LOS DOCUMENTOS SOLICITADOS</li><li>- EL CONTRATISTA HARÁ ENTREGA DEL REPORTE DE SINIESTRABILIDAD CUANDO SEA REQUERIDO POR LA ENTIDAD EL CUAL INCLUIRÁ COMO MÍNIMO LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:</li><ul style="list-style-type: none"><li>- PRIMAS Y SINIESTROS POR PÓLIZA</li><li>- NUMERO DE PÓLIZA</li><li>- RAMO</li><li>- FECHA DE SINIESTRO</li><li>- NUMERO DE SINIESTRO</li><li>- MONTO EN RESERVA Y/O MONTO</li><li>- ESTADO DE SINIESTROS</li><li>- IMPORTE DEL DEDUCIBLE PAGADO O PENDIENTE DE PAGO</li></ul><p><b>DURACION DEL SERVICIO:</b> EL PLAZO DEL SERVICIO SE PRESTARÁ DESDE EL DÍA SIGUIENTE DE SUSCRITO EL CONTRATO Y/O ORDEN DE SERVICIO HASTA EL 31 DE DICIEMBRE DEL 2026</p><p>.....<b>MÁS DETALLES EN LOS TERMINOS DE REFERENCIA.....</b></p></ul>	

Las cotizaciones en condiciones de servicio deben estar correctamente llenados en todos los espacios solicitados y dirigidos a la UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL CANCHIS

### Condiciones de Servicio

- Forma de Pago:

- Garantía:

- Plazo de Entrega en N.º Días/ Ejecución del Servicio:

- Tipo de Moneda:

- Validez de la cotización:

- Indicar Marca de Procedencia

- Tipo de Cambio:

.....  
FIRMA DE PROVEEDOR



GOBIERNO REGIONAL  
DEL CUSCO

GERENCIA REGIONAL  
DE EDUCACIÓN CUSCO

UNIDAD DE GESTIÓN  
EDUCATIVA LOCAL  
CANCHIS

ÁREA DE GESTIÓN  
PEDAGÓGICA



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

## TÉRMINOS DE REFERENCIA

### **SERVICIO DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO DE SEGURO COMPLEMENTARIO DE TRABAJO DE RIESGO PARA LOS PROFESIONALES DEL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL SERVICIO EDUCATIVO HOSPITALARIO DE LA UGEL- CANCHIS**

#### **1. ÁREA QUE REQUIERE EL SERVICIO:**

EQUIPO INTERDISCIPLINARIO DEL SEHO - ÁREA DE GESTIÓN INSTITUCIONAL  
UNIDAD EJECUTORA – 302 UGEL CANCHIS

#### **2. DENOMINACIÓN DE LA CONTRATACIÓN.**

El presente término de referencia tiene por objeto establecer las condiciones para la óptima contratación del servicio y/o seleccionar a la persona natural o jurídica para que contrate a una empresa que brinde el SCTR al equipo interdisciplinario del Servicio Educativo Hospitalario está conformado por profesionales docentes y no docentes, con capacidad para brindar el servicio educativo al estudiante-paciente hospitalizado o en tratamiento ambulatorio.

En el marco del retorno progresivo de la atención educativa a la modalidad presencial, el equipo interdisciplinario del SEHO viene realizando trabajo presencial dentro de los establecimientos de salud, *encontrándose expuesto a agentes potencialmente infecciosos o considerados de riesgo*, por lo que requieren contar con un Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR), mediante el cual se otorga prestaciones de salud y económicas por accidentes de trabajo de alto riesgo y enfermedades profesionales que podrían ser adquiridas en el centro de trabajo (ámbito hospitalario y domiciliario).

Cabe mencionar que el SCTR debe ser contratado por el empleador en caso el trabajador tenga que desempeñar labores de riesgo. El Anexo 5 del Reglamento de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, aprobado por Decreto Supremo N° 009-97-TR, señala las actividades de alto riesgo que cuentan con la cobertura del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo. Estando entre dichas actividades las relacionadas con la salud humana (8690: Otras actividades relacionadas con la salud humana), como es el caso del servicio educativo hospitalario en las inmediaciones del hospital Alfredo Callo Rodríguez y en atenciones domiciliarias, quienes serán beneficiados los estudiantes pacientes del ámbito de la Unidad Ejecutora 302 Educación Canchis – 2026 y el equipo interdisciplinario del SEHO-Canchis.

#### **3. FINALIDAD PÚBLICA:**

Contar con seguros personales, con la finalidad de proteger a los servidores de la UGEL, ante la ocurrencia de un evento que le afecte directamente, como puede ser el fallecimiento, la supervivencia, la alteración de su salud o, en algunas ocasiones, su integridad psíquica.

#### **4. OBJETIVO DE LA CONTRATACION:**

Obtener pólizas de seguro, que especifiquen normas, derechos y obligaciones entre la UGEL Canchis y Compañía(s) de Seguros que cuenten con autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley 26702 “Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros” y/o con la autorización de la Superintendencia Nacional de Salud conforme a lo establecido en el artículo 17º de la Resolución N° 168- 2015-SUSALUD, según corresponda.



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

## 5. ALCANCES Y CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS A CONTRATAR

### 5.1 ALCANCE Y DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO

El presente servicio de Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo Salud y Pensión cobertura a un total de 01 profesional del equipo interdisciplinario del SEHO.

- La cobertura del Seguro comprende los siguientes ramos:

#### 5.2 SCTR SALUD

- a) Asistencia y asesoramiento preventivo promocional en salud ocupacional.
- b) Atención médica, farmacológica, hospitalaria y quirúrgica, cualquiera que fuere el nivel de complejidad; hasta la recuperación total del Asegurado o la declaración de una invalidez permanente total o parcial o fallecimiento.
- c) Rehabilitación y readaptación laboral al Asegurado inválido bajo este seguro.
- d) Aparatos de prótesis y ortopédicos necesarios al Asegurado inválido bajo este seguro.

#### 5.3 SCTR – PENSIÓN:

##### PENSIONES POR INVALIDEZ

- **Invalidez Parcial Permanente:** LA ASEGURADORA pagará como mínimo una pensión vitalicia mensual equivalente al 50% de su Remuneración Mensual al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en forma permanente en proporción igual o superior al 50%, pero menor a los dos tercios.
- Si la Invalidez Parcial Permanente fuera inferior al 50%, pero igual o superior al 20%, "LA ASEGURADORA" pagará, en lugar de la pensión, una indemnización equivalente a 24 mensualidades de "pensión" calculada en forma proporcional a la que le hubiera correspondido en el caso de Invalidez Total Permanente, según su grado de invalidez.
- **Invalidez Total Permanente:** LA ASEGURADORA pagará una pensión vitalicia mensual equivalente al 70% de su Remuneración Mensual, al ASEGURADO que, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro, quedará disminuido en su capacidad de trabajo en una proporción igual o superior a los dos tercios.
- Si la Invalidez Total Permanente produjera en EL ASEGURADO una definitiva incapacidad para realizar cualquier clase de trabajo remunerado y, además, demandará indispensablemente el auxilio de otra persona para movilizarse o para realizar las funciones esenciales de la vida; la pensión será equivalente al 100% de la Remuneración Mensual del ASEGURADO, pero en ningún caso inferior a la Remuneración Mínima Legal.
- **Invalidez Temporal:** En caso de Invalidez Temporal, LA ASEGURADORA pagará al ASEGURADO la pensión mensual que corresponda, según el grado total o parcial de la invalidez, hasta el mes en que se produzca su recuperación, según el ÓRGANO COMPETENTE.
- El carácter temporal o permanente de la invalidez, se determina en función al grado de recuperabilidad que puede tener una persona al sucederle un siniestro que reputa tal condición.

##### \*PENSIONES DE SOBREVIVENCIA

LA ASEGURADORA pagará pensión de sobrevivencia en caso de fallecimiento del ASEGURADO:

- a) Ocasionado directamente por un accidente de trabajo o enfermedad profesional; o
- b) Por cualquier otra causa posterior después de CONFIGURADA una invalidez o mientras se encuentre gozando de pensión de invalidez total o parcial, temporal o permanente; o
- c) Producido mientras EL ASEGURADO se encuentre gozando de subsidio de incapacidad temporal a cargo del órgano oficial de la seguridad social, como consecuencia de un accidente de trabajo o enfermedad profesional, siempre que la causa de la muerte se encuentre relacionada



**"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"**

directamente con tal accidente o enfermedad profesional.

- Las pensiones serán calculadas sobre el 100% de la "Remuneración Mensual" del ASEGURADO, tal como se define en el Decreto Supremo N° 003-98-SA, y serán pagadas en los montos y condiciones siguientes:

a) El 42% de la Remuneración Mensual de EL ASEGURADO para el cónyuge o conviviente que cumpla los requisitos previstos en el art. 326 del Código Civil de 1984, siempre que no existieran hijos con derecho a pensión;

b) El 35% de la Remuneración Mensual para el cónyuge o conviviente que cumpla los requisitos previstos en el art. 326 del Código Civil de 1984, siempre que existieran hijos con derecho a pensión;

c) El 14% de la Remuneración Mensual a cada hijo menor de 18 años, así como a cada hijo inválido mayor de 18 años incapacitado para el trabajo en forma total y permanente;

d) El 14% de la Remuneración Mensual de EL ASEGURADO para cada uno de sus padres que cumplan con alguno de los siguientes requisitos:

-Que sean calificados como inválidos total o parcialmente a juicio del ÓRGANO COMPETENTE; en proporción superior al 50%.

-Que tengan más de 60 años de edad y hayan dependido económicamente del ASEGURADO, de acuerdo con las normas que fije la Superintendencia de Administradoras de Fondos de Pensiones para los afiliados el Sistema Privado de Pensiones que se aplicarán por analogía.

- Cuando existan cónyuge o conviviente y hijos del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos gozarán la que les corresponde en forma concurrente; pero si el monto total excede el 100% de la "Remuneración Mensual" del "ASEGURADO" dichas pensiones quedarán reducidas proporcionalmente de modo tal que, en conjunto, no superen dicha "Remuneración Mensual".

- Cuando existan cónyuge o conviviente y padres del "ASEGURADO" con derecho a pensión de sobrevivencia, éstos concurrirán en el goce de las pensiones que les corresponda, sin lugar al recálculo previsto en el Artículo 18.1.3.

- Cuando sólo existan hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia, todos los hijos concurrirán en el goce de la pensión que les corresponda; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedará algún remanente.

- Cuando existan cónyuge o conviviente, hijos y padres del "ASEGURADO", con derecho a pensión de sobrevivencia; los padres gozarán de las pensiones que les corresponda, sólo si quedará algún remanente luego de aplicar el Art. 18.1.3.

- De no existir cónyuge o conviviente con derecho a pensión, el porcentaje de la remuneración a que se refiere el inciso a) del Artículo 18.1.2 anterior, se asignará como pensión en caso que quede un solo hijo como beneficiario, aunque existan padres. De haber dos o más hijos con derecho a pensión, la pensión conjunta se incrementará en 14 puntos porcentuales sobre el porcentaje referido en el inciso a) del Artículo 18.1.2, tantas veces como hijos hubiese, distribuyéndose en parte iguales; pero la pensión de los padres sólo procederá si quedara algún remanente de acuerdo con el Artículo 18.1.5.

**\*GASTOS DE SEPELIO:**

- En caso de fallecimiento del ASEGURADO como consecuencia inmediata de un accidente de trabajo o enfermedad profesional amparado por este seguro o mientras se encuentre gozando de subsidios a cargo del órgano oficial de la seguridad social por alguna causa relacionada con el accidente de trabajo o enfermedad profesional o por cualquier causa posterior a la obtención de una pensión de invalidez parcial o total, permanente o temporal, bajo este seguro; LA ASEGURADORA reembolsará los gastos de sepelio a la persona natural o jurídica que los hubiera efectivamente sufragado, hasta el límite correspondiente al mes del fallecimiento, señalado por la Superintendencia de Administradoras Privadas de Fondos de Pensiones y contra la presentación de los documentos originales que sustenten dicho gasto.



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

### CLAUSULAS ADICIONALES

Durante la ejecución contractual, el contratista se compromete a ejecutar lo siguiente:

- Asistencia y asesoramiento preventivo en salud ocupacional para los empleados.
- La emisión de liquidaciones mensuales y endoso será bajo la tasa y costo por Asegurado ofrecido por el contratista en cada ramo.
- La emisión de documentos (pólizas, endosos, certificaciones, constancias entre otros) será en un plazo de quince (15) días hábiles, contados a partir del día siguiente de la suscripción del Contrato o la recepción del requerimiento de la entidad, considerando que la entidad proporcionará la información requerida para la emisión de los documentos solicitados.
- El contratista hará entrega del reporte de siniestralidad cuando sea requerido por la entidad, el cual incluirá como mínimo la siguiente información:
  - Primas y siniestros por póliza.
  - Número de póliza
  - Ramo
  - Fecha de siniestro
  - Número de siniestro
  - Causa
  - Nombre de la persona afectada
  - Monto en reserva y/o montos pagados
  - Estado de siniestros
  - Importe del deducible pagado o pendiente de pago.
- Ampliar el plazo de Aviso de Siniestro a 45 días, a fin de evitar su rechazo por extemporaneidad.
- La cobertura del SCTR Salud y Pensión se iniciará al día siguiente de la firma del contrato; las vigencias por las declaraciones mensuales se iniciarán desde que la Ugel Canchis haga la declaración de los trabajadores al contratista.

### DURACION DE SERVICIO

1. El plazo del servicio se prestará desde el día siguiente de suscrito el contrato y/o Orden de Servicio o a partir de la fecha y hora del vencimiento del programa de seguros que se encuentra vigente hasta el 31 de diciembre del 2026.

### 6. ENTREGABLES

La compañía de Seguros entregará las pólizas respectivas, las cuales deben especificar las normas, condiciones, derechos y obligaciones entre la UGEL y la respectiva Compañía de Seguros; así como, las sumas aseguradas, alcances y coberturas detalladas de acuerdo con el slip técnico adjunto:

- ✓ Póliza seguro complementario de trabajo de riesgo – SCTR (pensión y salud).

La entrega de las pólizas deberá realizarse en un plazo no mayor a quince (15) días calendario, contados a partir del día siguiente de la suscripción del contrato o la recepción del requerimiento de la Entidad, una vez la aseguradora reciba la documentación correspondiente para la emisión de las pólizas.

En tanto se emite las pólizas de seguros definitivas, el asegurador debe emitir una nota o constancia de cobertura provisional, la que se sujet a las mismas condiciones de cobertura y exclusiones previstas en las pólizas de cuyo riesgo se trata, de conformidad con lo que establece el artículo 36º de la Ley N° 29946, Ley del Contrato de Seguro.



**“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”**

El entregable deberá ser presentado por Mesa de Partes Virtual y/o física a la Ugel Canchis sito en la Av. Centenario N° 229, Distrito de Sicuani, Provincia de Canchis, Región cusco dentro del plazo establecido, y en el horario de atención de las mesas de partes de la institución.

**7. LUGAR Y PLAZO DE PRESTACION DEL SERVICIO**

**7.1 LUGAR**

El servicio solicitado será entregado a los profesionales del equipo interdisciplinario del servicio educativo hospitalario, Ugel Canchis sito en la Av. Centenario N° 229, Distrito de Sicuani, Provincia de Canchis,

**8. REQUISITOS DEL PROVEEDOR:**

Contar Registro Nacional de Proveedores – RNP vigente y habilitado.  
Encontrarse habilitado.

Persona Natural o Persona Jurídica, que deberá contar con autorización de Funcionamiento expedida por la Superintendencia de Banca, Seguros y AFP conforme a lo señalado en la Ley 26702 “Ley General del Sistema Financiero y del Sistema de Seguros y Orgánica de la Superintendencia de Banca y Seguros.

**9. MEDIDAS DE CONTROL DURANTE LA EJECUCION CONTRACTUAL:**

**9.1 AREA QUE COORDINARA CON EL PROVEEDOR:**

La UGEL es el responsable de coordinar con el proveedor del seguro.

**9.2 AREA RESPONSABLE DE LAS MEDIDAS DE CONTROL Y DE LAS CONFORMIDADES:**

La UGEL Canchis será la responsable de las medidas de control y la conformidad de pago.

**10. FORMA DE PAGO:**

De manera mensual, previa entrega de las pólizas de seguros definitiva y conformidad por parte del área usuaria:

Pólizas seguro complementario de trabajo de riesgo – SCTR (pensión y salud)

La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista dentro de los cinco (05) días calendarios siguientes a la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.

Previa presentación de la solicitud de pago, informe de conformidad de servicio del área usuaria, comprobante de pago, dicha documentación, se debe presentar a la entidad de Tramite Documentario (Mesa de partes), sito en Av. Centenario N° 229, Distrito de Sicuani, Provincia de Canchis, Región cusco.

**11. PENALIDAD**

En este caso incluye lo siguiente:

En caso de retraso injustificado en la ejecución de las prestaciones objeto de la Orden, se aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de retraso, calculado de acuerdo a la siguiente fórmula:

Penalidad Diaria =  $0.10 \times \text{Monto}$

$\frac{\text{F} \times \text{Plazo en días}}{}$



**"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"**

Donde F tendrá los siguientes valores:

- Plazos menores o iguales a 60 días: F = 0.40
- Plazos mayores a 60 días: F = 0.25

Tanto el monto como el plazo se refieren según corresponda, a la Orden, o en caso éste involucre obligaciones de ejecución periódica, a la prestación parcial que fuera materia del retraso.

## 12. OTRAS CONSIDERACIONES SE ACREDITARÁ

### 12.1 CLAÚSULA DE INTEGRIDAD:

De acuerdo al Decreto Supremo N° 148-2024-PCM los Principios de la Ley N° 32069—Ley de Contrataciones del Estado se señala que: "Confirmo que, en atención al Principio de Integridad, no se ha ofrecido u otorgado, ni ofrecerán ni otorgarán, ya sea directa o indirectamente, a través de terceros, ningún pago o beneficio indebido o cualquier otra ventaja inadecuada a funcionarios o servidores de la UGEL Canchis, a fin de influenciar e incitar indebidamente acciones u omisiones a favor de intereses particulares, trasgrediendo el ordenamiento jurídico vigente. En caso algún servidor de la Entidad ya sea directa o indirectamente, a través de terceros, requiera algún pago o dada a cambio de buscar lograr un beneficio fuera de lo legalmente o ético permitido se cumplirá con comunicar a las autoridades competentes para que se inicien las investigaciones pertinentes y se tomen las acciones que correspondan según su régimen laboral o modalidad de contratación."

## 13. RESPONSABILIDAD POR VICIOS OCULTOS

El contratista es responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos de los bienes o servicios ofertados por un plazo de un (01) año, contados a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.

## 14. CONFIDENCIALIDAD

El contratista deberá de mantener en confidencialidad los datos de los trabajadores, así como cualquier otro documento que la UGEL le entregue.

## 15. MODIFICACIÓN DE LA ORDEN DE SERVICIO

La UGEL y el proveedor podrán modificar la orden de servicio, mediante adenda, en caso de adicionales, reducciones, mejora del servicio, ampliaciones de plazo, suspensión del plazo de ejecución, contrataciones complementarias, entre otros casos justificados.





## DECLARACION JURADA

<b>NOMBRE DE POSTOR</b>	
<b>DOMICILIO REAL</b>	
<b>RUC</b>	
<b>CORREO ELECTRONICO</b>	
<b>TELEFONO</b>	
<b>OBJETO DE CONTRATACION</b>	

Declaro bajo juramento lo siguiente:

- 1) Conozco la ley general de contrataciones públicas que reglamenta las adquisiciones de contratos menores.
- 2) No estoy dentro de los impedimentos establecidos en el artículo n° 30 de la Ley general de contrataciones públicas (ley n° 32069) y su reglamento en su artículo n°39, aprobado por el decreto supremo N°009-2025-EF.
- 3) Conocer los términos de referencia y/o especificaciones técnicas, comprometiéndome a cumplir y en caso contrario me someto a las penalidades y aceptare la resolución del contrato.
- 4) Conozco las sanciones contenidas en el texto único ordenado de la Ley N°27444, aprobado mediante el decreto supremo N°006-2017-JUS, Ley del procedimiento administrativo general.

Sicuani, ..... de ..... de 2026.

.....  
**Firma y Sello del Proveedor**



## DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO

Yo,.....

Identificado (a) con D.N.I. Nº ..... y domicilio actual en.....

### DECLARO BAJO JURAMENTO:

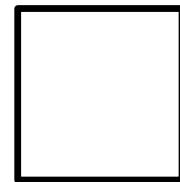
Tengo parentesco hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la UGEL Canchis o miembros del Comité.

En el caso de haber marcado como **SI**, señale lo siguiente.

Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad.	
Cargo que ocupa	
El grado de parentesco	

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Dado en la ciudad de Sicuani a los.....días del mes de..... del 20.....



.....  
(Firma)  
DNI: .....

Huella digital  
(índice derecho)



## CARTA DE AUTORIZACION CCI

**PRESENTE. -**

**ASUNTO: AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA**

**Por medio de la presente, comunico a Usted que el número de CODIGO DE CUENTA INTERBANCARIO (CCI) el cual consta de (20 NÚMEROS) ES:**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

**PROVEEDOR:**

--

**(INDICARE EL NOMBRE O RAZÓN SOCIAL DEL PROVEEDOR TITULAR DE LA CUENTA)**

**RUC N.º:**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Agradeciéndole se sirva disponer lo conveniente de manera que los pagos a nombre de mi representada sean abonadas en la que corresponde al indicado CCI en el Banco:

**NOMBRE DEL BANCO:**

Asimismo, dejo constancia que la factura/RH a ser emitida por el suscrito (o mi representada) una vez cumplida o atendida la correspondiente Orden de Compra y/o Servicio o las prestaciones en bienes y/o servicios de materia del contrato quedará cancelada para todos sus efectos mediante la sola acreditación del importe de la referida factura/RH a favor de la cuenta en la entidad bancaria a que se refiere el primer párrafo de la presente.

Atentamente,

Firma: \_\_\_\_\_

Nº DE TELEFONO: .....

NOMBRE EN CASO DE REPRESENTANTE LEGAL:

**NOTA: EL CCI DEBE ESTAR VINCULADO UNICAMENTE CON EL RUC**