

FORMATO N° 02

REQUERIMIENTO PARA LA CONTRATACIÓN DE SERVICIOS Y CONSULTORÍAS

Órgano y/o Unidad Orgánica:	UNIDAD FUNCIONAL DE ASEGURAMIENTO E INTERCAMBIO PRESTACIONAL
Actividad del POI	BRINDAR ATENCION PRENATAL REENFOCADA
Denominación de la Contratación:	SERVICIO DE IMPRESIÓN EN GENERAL

I. FINALIDAD PÚBLICA

La presente contratación tiene por finalidad de abastecer a los establecimientos de salud de la Unidad Ejecutora 884 de la Diresa Moquegua, con Formatos Únicos de Atención (FUA), para el registro oportuno y correcto de las atenciones realizadas a los asegurados del Seguro Integral de Salud (SIS) de tal modo que el mismo se realice de acuerdo a las normas y procedimientos establecidos, con arreglo a la norma vigente para llevar una estadística de las atenciones, preventivas y recuperativas, según Resolución Jefatural N°050-2024-SIS/J

II. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL REQUERIMIENTO

Abastecer de Formatos Únicos de Atención FUA, para las prestaciones brindados a los asegurados al Seguro Integral de Salud (SIS) de acuerdo con las normas vigentes.

III. ALCANCES Y DESCRIPCION DEL SERVICIO:

Descripción del servicio a contratar

CODIGO ITEM	DESCRIPCION DEL ITEM
500100050561	SERVICIO DE IMPRESIONES EN GENERAL

Actividades o detalle del servicio

Servicio de impresión de 1538 blocks de formato único de atención(fua):

- 01 original y 01 copia, en hoja bond de 75 gr.
- Numeración de 08 dígitos en ambas caras.
- Cada block de 100 hojas.
- Numeración específica para el establecimiento de salud.
- Impresión es ambas caras blanco y negro .
- Tamaño oficio.

Para la unidad funcional de ASEGURAMIENTO E INTERCAMBIO PRESTACIONAL - DIRESA MOQUEGUA

Ítem	Detalle	EE.SS	Numeración
1	10	00002840 P.S. YALAUQUE	1701 - 2700
2	2	00002814 P.S. MUYLAUQUE	1501 - 1700
3	50	00002843 C.S. PUQUINA	7001 - 12000
4	5	00002862 P.S. YUNGA	5101 - 5600
5	13	00002863 P.S. PUENTE BELLO	2501 - 3800
6	9	00034094 P.S. AMATA	1001 - 1900
7	10	00002837 P.S. COALAUQUE	2501 - 3500
8	30	00002853 P.S. LLOQUE	2501 - 5500
9	10	00002811 P.S. SACUAYA	2001 - 3000
10	15	00002845 P.S. SANTA ROSA	2001 - 3500



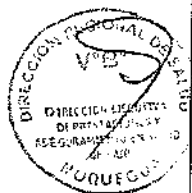
11	10	00002810 P.S. CUCHUMBAYA	1501 - 2500
12	2	00002849 P.S. OYO OYO	1501 - 1700
13	10	00002856 P.S. SALINAS MOCHE	1501 - 2500
14	10	00002859 P.S. CHACLAYA	1001 - 2000
15	10	00002829 P.S. LA BODEGUILLA	1001 - 2000
16	11	00002861 P.S. QUINSACHATA	1001 - 2100
17	30	00002815 P.S. SAN CRISTOBAL	1501 - 4500
18	16	00002833 P.S. TUMILACA	1001 - 2600
19	2	00002851 P.S. CHAJE	1001 - 1200
20	3	00002858 P.S. YALAGUA	1001 - 1300
21	65	00002848 C.S. ICHUÑA	8001 - 14500
22	10	00002808 P.S. CAMBRUNE	2001 - 3000
23	20	00002835 P.S. YACANGO	2001 - 4000
24	5	00002855 P.S. HUATAGUA	1001 - 1500
25	15	00002844 P.S. CHILATA	1501 - 3000
26	5	00002842 P.S. CHALLAGUAYO	1501 - 2000
27	60	00002841 C.S. OMATE	9001 - 15000
28	50	00021101 C.S. MENTAL COMUNITARIO - MOQUEGUA	11001 - 16000
29	40	00002809 C.S. CARUMAS	2001 - 6000
30	5	00002812 P.S. SOQUEZANE	1001 - 1500
31	30	00002826 P.S. 28 DE JULIO	6001 - 9000
32	15	00034049 P.S. CALACOA	2001 - 3500
33	65	00026120 C.S. MERCADO CENTRAL	14801 - 21300
34	20	00002834 C.S. TORATA	6001 - 8000
35	15	00002854 P.S. MATALAQUE	2001 - 3500
36	30	00002839 P.S. LA CAPILLA	2001 - 5000
37	40	00002828 P.S. EL SIGLO	5001 - 9000
38	40	00029503 C.S. MENTAL COMUNITARIO MARIANO LINO URQUIETA	3501 - 7500
39	5	00002852 P.S. PASTO GRANDE	801 - 1300
40	110	00002824 C.S. SAN FRANCISCO	25001 - 36000
41	50	00002827 P.S. LOS ANGELES	7001 - 12000
42	15	00002850 P.S. UMALZO	1501 - 3000
43	100	00034043 C.S. SAMEGUA	15001 - 25000
44	10	00002825 C.S. MARISCAL NIETO	13001 - 14000
45	10	00028350 C.S. MENTAL COMUNITARIO OMATE	2001 - 3000
46	35	00002860 P.S. ANASCAPA	1501 - 5000
47	10	00002847 P.S. CHOJATA	2001 - 3000
48	165	00024054 C.S. CHEN CHEN	29001 - 45500
49	240	00002830 C.S. SAN ANTONIO	32001 - 56000

IV. REGLAMENTOS TÉCNICOS, NORMAS METROLÓGICAS Y/O SANITARIAS

- Directiva N° 008-2024/SIS

V. SEGUROS

NO CORRESPONDE



VI. GARANTÍA COMERCIAL
NO CORRESPONDE
VII. REQUISITOS DEL PROVEEDOR / PERFIL DEL CONSULTOR
<p>El proveedor deberá acreditar que son del rubro a fin de que no intervengan intermediarias.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Licencia de funcionamiento - RNP - Ficha ruc <p>Experiencia no menor a 1 año en el rubro</p>
VIII. LUGAR Y PLAZO DE LA PRESTACION
<p>LUGAR: Dirección Regional de Salud Moquegua -almacén central</p> <p>PLAZO: 15 días calendarios contabilizados a partir del día siguiente de notificación de la orden de servicio.</p>
IX. ENTREGABLES
<ul style="list-style-type: none"> • Impresión de FUA'S • Comprobante de pago autorizado por la SUNAT
X. CONFORMIDAD
<p>La conformidad será otorgada por el responsable del área usuaria, de la Unidad Funcional de Aseguramiento e Intercambio Prestacional Diresa Moquegua</p> <p>No se otorgará la conformidad hasta realizar la verificación física de cada block de FUA, según requerimiento.</p>
XI. FORMA Y CONDICIONES DE PAGO
<p>La Entidad debe pagar las contraprestaciones pactadas a favor del contratista en un pago único dentro de los diez (10) días calendario siguiente a la conformidad de los servicios, siempre que se verifiquen las condiciones establecidas en el contrato.</p>
XII. CONFIDENCIALIDAD
<p>La confidencialidad y reserva absoluta en el manejo de información y documentación a la que se tenga acceso relacionada con la prestación, pudiendo quedar expresamente prohibido revelar dicha información a terceros. El proveedor debe dar cumplimiento a todas las políticas y estándares definidos por la Entidad, en materia de seguridad de la información.</p> <p>Esta obligación comprende la información que se entrega, como también la que se genera durante la realización de las actividades y la información producida una vez que se haya concluido el servicio. Dicha información puede consistir en mapas, dibujos, fotografías, mosaicos, planos, informes, recomendaciones, cálculos, diagnósticos, documentos, cuadros comparativos y demás datos compilados, recibidos o entregados por el proveedor.</p>
XIII. RESPONSABILIDAD DEL CONTRATISTA
<p>El proveedor es el responsable por la calidad ofrecida y por los vicios ocultos del servicio ofertado por un plazo no menor de un (01) año, contado a partir de la conformidad otorgada por la Entidad.</p>
XIV. RESPONSABILIDAD POR LA ASIGNACIÓN DE BIENES
NO CORRESPONDE



XV. PENALIDADES

Penalidad por Mora en la ejecución de la prestación:

En caso de retraso injustificado del contratista en la ejecución de las prestaciones objeto del contrato, la entidad contratante le aplica automáticamente una penalidad por mora por cada día de atraso que le sea imputable. La penalidad se aplica automáticamente y se calcula de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$\text{Penalidad diaria} = \frac{0.10 \times \text{monto}}{F \times \text{plazo}}$$

Donde F tiene los siguientes valores:

Para servicios: F = 0.40

Tanto el monto como el plazo se refieren, según corresponda, al monto vigente del contrato, componente o ítem que debió ejecutarse o, en caso de que estos involucren entregables cuantifi- cables en monto y plazo, al monto y plazo del entregable que fuera materia de retraso.

El retraso se justifica a través de la solicitud de ampliación de plazo debidamente aprobada.

Adicionalmente, se considera justificado el retraso y en consecuencia no se aplica penalidad, cuando el contratista acredite, de modo objetivamente sustentado, que el mayor tiempo transcurrido no le resulta imputable. En este último caso, la calificación del retraso como justifi- cado por parte de la entidad contratante no da lugar al pago de gastos generales ni costos directos de ningún tipo.

XVI. OTRAS PENALIDADES

NO CORRESPONDE

XVII. RESOLUCIÓN CONTRACTUAL

La Dirección Regional de Salud Moquegua puede resolver el contrato, en los siguientes casos:

- a) Por acumulación del monto máximo de la penalidad por mora o por el monto máximo para otras penalidades, en la ejecución de la prestación a su cargo.*
- b) Caso fortuito o fuerza mayor que imposibilite la continuación del contrato.*
- c) Incumplimiento de obligaciones contractuales, por causa atribuible al contratista.*
- d) Hecho sobreviniente al perfeccionamiento del contrato, de supuesto distinto al caso fortuito o fuerza mayor, no imputable a ninguna de las partes, que imposibilite la continuación del contrato.*
- e) Por incumplimiento de la cláusula anticorrupción y antisoborno.*
- f) Por la presentación de documentación falsa o inexacta durante la ejecución contractual.*

Por la presentación con información inexacta o falsa de la Declaración Jurada de Prohibiciones e Incompatibilidades a que se hace referencia en la Ley de prevención y mitigación del conflicto de intereses en el acceso y salida de personal del servicio público. Asimismo, en caso se incumpla con los impedimentos señalados en el artículo 5 de dicha ley se aplicará la inhabilitación por cinco años para contratar o prestar servicios al Estado, bajo cualquier modalidad.



XVIII. OBLIGACION ANTICORRUPCION Y ANTISOBORNO

A la suscripción de este contrato o de la formalización de la Orden, El CONTRATISTA declara y garantiza no haber ofrecido, negociado, prometido o efectuado ningún pago o entrega de cualquier beneficio o incentivo ilegal, de manera directa o indirecta, a los evaluadores del proceso de contratación o cualquier servidor de la Dirección Regional de Salud Moquegua.

Asimismo, el Contratista se obliga a mantener una conducta proba e íntegra durante la vigencia del contrato, y después de culminado el mismo en caso existan controversias pendientes de resolver, lo que supone actuar con probidad, sin cometer actos ilícitos, directa o indirectamente. Aunado a ello, el Contratista se obliga a abstenerse de ofrecer, negociar, prometer o dar regalos, cortesías, invitaciones, donativos o cualquier beneficio o incentivo ilegal, directa o indirectamente, a funcionarios públicos, servidores públicos, locadores de servicios o proveedores de servicios del área usuaria, de la dependencia encargada de la contratación, actores del proceso de contratación y/o cualquier servidor de la entidad contratante, con la finalidad de obtener alguna ventaja indebida o beneficio ilícito.

En esa línea, se obliga a adoptar las medidas técnicas, organizativas y/o de personal necesarias para asegurar que no se practiquen los actos previamente señalados.

Adicionalmente, el Contratista se compromete a denunciar oportunamente ante las autoridades competentes los actos de corrupción o de inconducta funcional de los cuales tuviera conocimiento durante la ejecución del contrato con la Dirección Regional de Salud Moquegua..

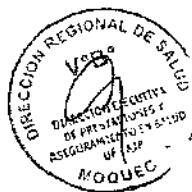
Tratándose de una persona jurídica, lo anterior se extiende a sus accionistas, participantes, integrantes de los órganos de administración, apoderados, representantes legales, funcionarios, asesores o cualquier persona vinculada a la persona jurídica que representa; comprometiéndose a informarles sobre los alcances de las obligaciones asumidas en virtud del presente contrato.

Finalmente, el incumplimiento de las obligaciones establecidas en este acápite, durante la ejecución contractual, otorga a Dirección Regional de Salud Moquegua el derecho de resolver total o parcialmente el contrato.

XIX. SOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS:

Son conciliables las controversias sobre indemnización por daños y perjuicios surgidas durante la ejecución contractual, prestaciones accesorias, vicios ocultos y otras obligaciones que se deben cumplir con posterioridad a la culminación de la ejecución de la prestación principal del contrato, en adición a las señaladas en el numeral 81.1 del artículo 81 de la Ley, Las reglas aplicables a la conciliación son en base al artículo 82 de la Ley. Asimismo, todas las controversias que surjan entre las partes sobre la validez, nulidad, interpretación, ejecución, terminación o eficacia de los contratos menores se resuelven mediante conciliación, conforme lo dispuesto en el numeral 81.3 del artículo 81 de la Ley.

En el caso de las contrataciones menores los indicados plazos se reducen a quince días hábiles.



XX. GESTIÓN DE RIESGOS

Las partes realizan la gestión de riesgos de acuerdo con lo establecido en el presente documento, a fin de tomar decisiones informadas, aprovechando el impacto de riesgos positivos y disminuyendo la probabilidad de los riesgos negativos y su impacto durante la ejecución contractual, considerando la finalidad pública de la contratación.

DIRECCIÓN EJECUTIVA DE PRESTACIONES Y
ASEGURAMIENTO EN SALUD
LIC. RODOLFO A. MOSCOSO GUTIERREZ
RESPONSABLE DE LA UNIDAD FUNCIONAL DE
ASEGURAMIENTO E INTERCAMBIO PRESTACIONAL

Firma

Área usuaria o técnica estratégica



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

00024054

25

00012001

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

00024054

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

C.S. CHEN CHEN

PERSONAL QUE ATIENDE	CÓDIGO DE ASPED	LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR	N° HOJA DE REFERENCIA
		INTRAMURAL	AMBULATORIA	NOMBRE DE LA IPRESS	
ITINERANTE		EXTRAMURAL	REFERENCIA		
ABIERTA FLEXIBLE			EMERGENCIA		

IDENTIFICACIÓN	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		INSTITUCIÓN	ASEGURADO DE OTRAS IAFAS
		DIRESA / OTROS	NÚMERO		
APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO		OTROS NOMBRES	

SEXO	FECHA	DÍA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					
FEMENINO						
SALUD MATERNA	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
	GESTANTE	FECHA DE FALLECIMIENTO			DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
PUERPERA					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	

FECHA DE ATENCIÓN		HORA	UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACIONES ADICIONAL (ES)
DÍA	MES	AÑO			
REPORTE VINCULADO		N° FUA A VINCULAR			

ATENCIÓN DIRECTA	CONCEPTO PRESTACIONAL			SELLO		
	NATIMUERTO	OBITO	OTRO			

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO					
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFERIERE A.		
			SE REFIERE / CONTRAREFERIERE A.		
			N° HOJA DE REFER / CONTRARR.		

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (kg)	TALLA (cm)	P. A.(mmHg)	IMC (kg/m2)	PAB (cm)	BCG	VACUNAS N° DE DOSIS					
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR		JOVEN Y ADULTO	DPT	INFLUENZA	PAROTID	ANTINEUMOC			
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CREO N°	RN PREMATURO	EVALUACIÓN INTEGRAL	APO	RUBEOLA	RUBEOLA	ANTITETANICA			
EDAD GEST	APGAR 1*	5*	BAJO PESO AL NACER	ADULTO MAYOR	ASA	ROTAVIRUS	ROTAVIRUS	COMPLETAS PARA LA EDAD	SI	N	
ALTURA UTERINA			ENTER (CONGÉNITA / SECUELA AL NACER	VACAM	SPR	DT ADULTO (N° DOSSI)	IPV	VPH			
PARTO VERTICAL			TAMIZAJE DE PAT. CRONICAS	TAMIZAJE DE PAT. SALUD MENTAL	SR	IPV	IPV	OTRA VACUNA			
CONTROL PUERP (N°)			TAMIZAJE DE PATOLOGIAS - CRONICAS	TAMIZAJE DE PAT. SALUD MENTAL	HVB	HVB	PENTAVAL				
			HB GLUCOSILADA (mg/dL)	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA (ug/ml)	GRUPO DE RIESGO HVB						

N°	DESCRIPCIÓN	DIAGNÓSTICOS		INGRESO		EGRESO	
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10		
1		P	D	R	D	R	
2		P	D	R	D	R	
3		P	D	R	D	R	
4		P	D	R	D	R	
5		P	D	R	D	R	

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° RNE		EGRESADO	
1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICÓLOGA 9. TECNÓLOGO MÉDICO 10. NUTRICION 11. TÉCNICO ENFERMERÍA 12. AUXILIAR DE ENFERMERÍA 13. OTRO							

FIRMA ASEGURADO APODERADO

APODERADO NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI o CE DEL APODERADO:

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado



FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

NÚMERO DE FORMATO

00024054

25

00012001

DE LA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

CÓDIGO RENAMES DE LA IPRESS

00024054

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN

C.S. CHEN CHEN

PERSONAL QUE ATIENDE	LUGAR DE ATENCIÓN	ATENCIÓN	REFERENCIA REALIZADA POR
DE LA IPRESS	CÓDIGO DE ASIPED	INTRAMURAL EXTRAMURAL	AMBULATORIA REFERENCIA EMERGENCIA
OFERTA FLEXIBLE			

IDENTIFICACIÓN	CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS		DEL ASEGURADO / USUARIO	
	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN
TDI				COD. SEGURO

APPELLIDO PATERNO		APPELLIDO MATERNO	
PRIMER NOMBRE		OTROS NOMBRES	

SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO	N° DE HISTORIA CLÍNICA	ETNIA
MASCULINO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO					
FEMENINO	FECHA DE NACIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1	
SALUD MATERNA	FECHA DE FALLECIMIENTO				DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2	
GESTANTE					DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3	
PUERPERA						

FECHA DE ATENCIÓN		HORA		DE LA ATENCIÓN	
DIA	MES	AÑO	UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACIONES ADICIONAL (ES)
REPORTE VINCULADO			COD. AUTORIZACIÓN	N° FUA A VINCULAR	

CONCEPTO PRESTACIONAL		SEPELIDO	
ATENCIÓN DIRECTA		MATIMUERTO	OBITO
			OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO			
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	EMERGENCIA
		REFERIDO	CONSULTA EXTERNA
		AYUDO AL DIAGNÓSTICO	CONTRA REFERIDO
CÓDIGO RENAMES DE LA IPRESS		NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRAREFERIRE A:	
		SE REFIERE / CONTRAREFERIERE A:	
		N° HOJA DE REFER / CONTRARR.	

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS											
PESO (kg)	TALLA (cm)	P. A. (mmHg)	IMC (kg/M2)	P AB (cm)	VACUNAS N° DE DOSIS						
					BCG	INFLUENZA					
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR	ADULTO MAYOR	DPT	PAROTID	ANTIMARIÚCA					
OPN (N°)	EDAD GEST RN (SEMI)	CRED N°	EVALUACION INTEGRAL	APO	RUBOLA	ANTINEUMOC					
EDAD GEST	APGAR 1*	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPISI	ASA	ROTAVIRUS	ANTITETANICA					
ALTURA UTERINA		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL	SPR	DT ADULTO (N° DOSSIS)	COMPLETAS PARA LA EDAD					
PARTO VERTICAL	Corte Tardío de Cordon (2 a 3 min)	EMFER CONGENTIA/ SEQUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL	SR	IPV	VPH					
CONTROL PUERP (N°)	HB GLUCOSILADA (mg/dl)	TAMIZAJE DE PATOLOGIAS - CRONICAS	DEPURACION DE CREATININA (ml/min)	HVB	PENTAVAL	OTRA VACUNA					

N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO		EGRESO	
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10
1		P	D	D	R
2		P	D	D	R
3		P	D	D	R
4		P	D	D	R
5		P	D	D	R

RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		ESPECIALIDAD		N° DE DNI		NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN		N° DE COLGATURA				
1. MÉDICO	2. FARMACÉUTICO	3. CIRUJANO DENTISTA	4. BIÓLOGO	5. OBSTETRICIA	6. ENFERMERA	7. TRABAJADORA SOCIAL	8. PSICÓLOGA	9. TECNÓLOGO MÉDICO	10. NUTRICION	11. TÉCNICO ENFERMERA	12. AUXILIAR DE ENFERMERIA	13. OTRO

FIRMA ASEGURADO APODERADO

APODERADO NOMBRES Y APELLIDOS:

DNI o CE DEL APODERADO:

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado

