

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

**BASES ADMINISTRATIVAS CONVOCATORIA CONCURSO PUBLICO
ABREVIADO N°003-2023-GRM-DIRESA/DR-CCDP**

**PARA CUBRIR PLAZA VACANTE POR REEMPLAZO DE PROFESIONAL DE LA SALUD PARA
LA U.E. 400 SALUD MOQUEGUA DE LA DIRESA MOQUEGUA CON CARGO AL
PRESUPUESTO DEL PROGRAMA SERUMS DEL NIVEL CENTRAL-MINSA**

I. OBJETO:

La Dirección Regional de Salud Moquegua; requiere Contratar los Servicios de una (01) Profesional de la Salud de Enfermería para que preste sus servicios en el Puesto de Salud Chaclaya, EESS de la jurisdicción de la Red Salud Moquegua de la Dirección Regional de Salud Moquegua bajo la modalidad de Contrato Temporal y Accidental por Reemplazo en la Plaza Vacante con cargo al Presupuesto Nacional del nivel central-MINSA del Programa SERUMS 2023-1; cuya finalidad es contribuir y asegurar la atención de salud y continuidad de cuidados de promoción, prevención y protección en beneficio de la población desatendida al no contar con los profesionales SERUMS; cuya finalidad es la de garantizar un eficiente, uniforme y transparente proceso de Contratación de personal idóneo y competente bajo los principios de igualdad de oportunidades, transparencia y capacidad para el desempeño del cargo.

II. BASE LEGAL:

- Sexta Disposición Final de la Resolución Ministerial N°340-2022/MINSA publicada en el Diario Oficial "El Peruano" el 11-05-2022, que modifica el Reglamento de la Ley N°23330-Ley del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud aprobado por Decreto Supremo N°005-97-SA" que establece: "Las Instituciones Ofertantes de Plazas del SERUMS del MINSA, Seguro social de Salud – EsSalud, Sanidades de las FFAA y PNP; podrán contratar temporalmente profesionales de la salud con las mismas condiciones establecidas para el SERUM.
- Oficio Múltiple N° D000097-2023-DIGEP-MINSA de fecha 13-07-2023
- Acuerdo N°001-2023-CCSERUMS contenido en el Acta N°008-2023-CCSERUMS de fecha 28-06-2023 suscrita por el Comité Central del SERUMS.
- Ley N° 23536 Normas generales que regulan el trabajo y la carrera de los profesionales de la salud y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-83-PCM.
- Otras Leyes y su Reglamento de los Profesionales de la Salud: Médico, Obstetra y Enfermería.
- Ley N°23330 y su Reglamento modificado por D.S. N°007-2008-SA-Quintil Pobreza.
- Ley N°28175 Ley Marco del Empleo Público
- Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 005-90-PCM.
- Ley N° 1153 que Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del estado.
- Ley N° 28411 Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2023
- Decreto Supremo N°004-2019-JUS que aprueba el Texto Unico Ordenado de la Ley N° 27444-Ley del Procedimiento Administrativo General.
- Ley N°29973-Ley General de la Persona con Discapacidad y su Reglamento aprobado por D.S. N°002-2014-MIMP
- Ley N°29248-Ley del Servicio Militar.
- Ley N° 26771, Ley que establece la prohibición de ejercer la facultad de nombramiento y contratación de personal en el sector público, en casos de parentesco.
- Ley N° 27588, Ley que establece prohibiciones e incompatibilidades de funcionarios y servidores públicos, así como de las personas que presten servicios al Estado bajo cualquier modalidad contractual y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 019-2002-PCM
- R.P.E.N°061-2010-SERVIR/PE que establece criterios para asignar la bonificación en concurso para puestos de trabajo en la Administración Pública en beneficio del personal licenciado de las FF.AA.

III. DE LA CONVOCATORIA:

La Convocatoria oficial de las Plazas a ofertarse para ocupar por Concurso Público de Méritos para realizar funciones de carácter temporal y/o accidental; será publicada a través de la Pág.Web Institucional de la DIRESA Moquegua (www.gob.pe/regionmoquegua-diresa) – **CONVOCATORIAS DEL ESTADO**

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

Cant. Plazas	Cargo Puesto	Valorizac. Principal	Ubicación	Requisitos
01	Enfermera N-10	S/.4,224.00	P.S. Chaclaya	<p>Título Profesional de Enfermera inscrito en el Registro Nacional de Grados y SUNEDU Copia de Resolución Término de SERUMS Constancia Habilitación Profesional Vigente <u>Habilidades y/o Competencias y de Actitud:</u> Capacidad de coordinación y organización. Actitud de Vocación, colaboración, atención y servicio. Trabajo en Equipo, Liderazgo para el logro de objetivos institucionales, para ejecutar trabajos bajo presión, utilización de equipos informáticos.</p> <p><u>Periodo de Contrato: del 01 de Setiembre 2023 al 30 de Abril del 2024:</u></p>

NOTA: Percibirá el Pago de Guardias Comunitarias. No corresponde Pago por Zona Alta y de Frontera (ZAF)

IV. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES:

El presente proceso de selección constará de Evaluación Curricular; el proceso lo lleva a cabo la Comisión de Concurso y Desplazamiento de Personal de la U.E. 400 Salud Moquegua.

- **Convocatoria** : **Día 24 de Julio del 2023.**
Pág.Web Institucional: (www.gob.pe/regionmoquegua-diresa)
 - **Fecha y lugar Inscripción de participantes:** **Del día 25-07, 26-07 y del 01-08 al 04-08-2023**
en el horario de:
7.30 a.m. a 11.59 a.m. y de 1.30 p.m. a 3.45 p.m.

En el Area de Secretaria de la Dirección Ejecutiva De Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos
 - **Evaluación de Files** : **Día 07 de Agosto del 2023 a hrs. 8.00 a.m.**
 - **Publicación de Resultados** : **Día 08 de Agosto del 2023 a hrs. 8.00 a.m.**
 - **Adjudicación Plaza** : **Día 08 de Agosto del 2023 a hrs. 10.30 a.m.**
 - **Notificación y entrega Memorándum de: Presentación a EESS** : **Día 11 de Agosto del 2023 a hrs. 2.30 p.m.**
- Deberá presentarse portando sus documentos originales a fin de que sean autenticados por Fedatario de la DIRESA Moquegua y los Certificados de Buenas Salud, Física y Mental y de Antecedentes Penales, Policiales y Judiciales.
- **Inicio relación laboral** : **Día 01 de Setiembre del 2023**

IV. DOCUMENTOS A PRESENTAR OBLIGATORIOS:

- Solicitud Inscripción dirigida al Presidente de la Comisión Evaluadora
- Curriculum Vitae descriptivo y documentado
- Fotocopia Documento Nacional de Identidad D.N.I.
- Declaración Jurada de No estar Inhabilitado para prestar servicios al Estado, conforme al Registro Nacional de Sanciones de Destitución y Despido (RNSDD). Para lo cual luego de realizar la Consulta a la Pág.Servir adjuntar la Constancia.
- Declaración Jurada de no registrar Antecedentes Penales, Policiales ni Judiciales.
- Declaración Jurada de gozar de Buena Salud Física y Mental
- Declaración Jurada de no estar percibiendo remuneración, pensión o ingreso del Estado. Excepto por Docencia.
- Declaración Jurada de Confidencialidad e Incompatibilidad
- Formato de Elección del Sistema Pensionario, debiendo optar por la AFP y/o ONP
- Carta de Autorización de la CUENTA BANCARIA
- Resolución de Término de SERUMS
- Constancia Habilitación Profesional Vigente otorgada por el Colegio Profesional
- Llenado del Formato N°06
- Ficha de Datos Personales

DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL

- **Y EL Curriculum Vitae Documentado** que sustente y/o acredite el cumplimiento de los requisitos señalados SEGUN PLAZA O PUESTO DE TRABAJO AL CUAL POSTULA, debidamente documentado, foliado y firmado en cada documento a calificar y los documentos que contengan documentos por ambos lados deben ser presentados por el lado Anverso y Reverso.
- **La experiencia de trabajo deberá ser emitida por la Autoridad competente y acreditarse mediante Contratos Suscritos y/o Resoluciones, Los Certificados de Trabajo extendidos por Sector Privado acreditados con Recibo por Honorarios, Orden de Servicio y/o Contratos.**
- La Capacitación será considerada la obtenida **con no más de 05 años de antigüedad** y/o caso contrario a partir del siguiente de expedido el Título, el Crédito 17 Hrs, y en los casos que no figure horas y solo fechas 4 Hrs. por día. (En caso corresponda).
- Otros aspectos no contemplados o no previstos en las presentes Bases serán resueltos y/o acordados por el Comité de Selección dentro de los parámetros normativos y/o permitidos.
- El postulante que adjudique plaza en caso se haya encontrado laborando en otra Entidad pública y/o privada del MINSA, GORE, EsSalud, Sanidad FFAA y PNP, etc., **deberá solicitar su baja en el INFORHUS para lo cual deberán contactarse con la oficina de Recursos Humanos de la Institución donde prestaba sus servicios y solicitar de manera formal su BAJA, siendo su responsabilidad la afectación que pudiera originarse para el pago de sus haberes.**

VI. COMPONENTES DE EVALUACION:

- Los resultados de la evaluación serán publicados en el plazo indicado precedentemente precisando el orden de mérito, siendo de esta manera notificados y aptos para proceder a la adjudicación de la plaza y suscripción del contrato.
- Al puntaje final que corresponda deberá agregarse la bonificación especial determinada por Ley para las personas con discapacidad, para el personal licenciado de las FF.AA. y Quintil de pobreza según EESS que realizaron el Servicio SERUMS.

Toda presentación de documentos falsos y/o adulterados, así como la falsedad en las declaraciones juradas presentadas en el proceso de selección, será causal para la anulación inmediata del contrato; sin perjuicio de las acciones administrativas y judiciales a que hubiera lugar.

No tener Vínculo Laboral en la U.E.400 Salud Moquegua u otra Entidad previa presentación de Renuncia y de adjudicar plaza solicitar en la entidad donde prestó sus labores le den de baja en el Aplicativo INFORHUS.

- La información consignada en los Anexos citados tienen carácter de DDJJ, siendo el POSTULANTE responsable de la información y datos que declara en dichos documentos, sometiéndose a procedimientos de fiscalización posterior que lleve a cabo la entidad. En caso detecte que ha consignado información falsa se procederá con las acciones legales de carácter administrativo y/o penal según corresponda.
- Tratándose de estudios realizados en el extranjero y de conformidad con lo establecido en la Ley del Servicio Civil y su Reglamento, los títulos universitarios emitidos por la Universidad o entidad extranjera o los documentos que los acrediten deberán ser registrados previamente en el SERVIR; asimismo podrán ser presentados aquellos Títulos que hayan sido legalizados por el Ministerio de Relaciones Exteriores, apostillados o reconocidos por la SUNEDU.

VII. OTROS:

El proceso puede ser declarado desierto en alguno de los siguientes supuestos:

- a) Cuando no se presentarán postulantes al proceso de selección
- b) Cuando ninguno de los postulantes cumple con los requisitos mínimos.
- c) Cuando no habiendo cumplido los requisitos mínimos, ninguno de los postulantes obtiene puntaje mínimo en las etapas de evaluación del proceso.

El proceso puede ser cancelado en alguno de los siguientes supuestos, sin que sea responsabilidad de la entidad:

- a) Cuando desaparece la necesidad del servicio de la entidad con posterioridad al inicio del proceso de selección.
- b) Por restricciones presupuestales.
- c) Otros supuestos debidamente justificados.

La Dirección General de Personal del nivel central - MINSA, es la encargada de elaborar las Resoluciones de Contrato y abonar sus remuneraciones.

LA COMISION.

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

SOLICITUD DEL POSTULANTE

SOLICITO:Inscripción Proceso de Selección de Personal
para Contrato Plazas Suplencia SERUMS.-

**SEÑOR/A PRESIDENTE DE LA COMISION DE CONCURSOS Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL DE LA
DE LA DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA.-**

Yo: _____, Identificado (a) con DNI N° _____, y
domiciliado en _____ ante usted con el debido respeto me
presento y expongo:

Que, enterado (a) de los requisitos y condiciones que establece la **Convocatoria Concurso Público Abreviado
N°003-2023-GRM-DIRESA/GR-CCDP para cubrir las plaza de por Reemplazo Temporal con cargo al
Presupuesto del Programa SERUMS MINSA para brindar servicios en: Puesto de Salud : CHACLAYA** de la
jurisdicción de la U.E. 400 Salud Moquegua de la Dirección Regional de Salud Moquegua publicada; motivo por
el cual solicito a usted mi inscripción y por lo tanto considerarme como postulante para la plaza de :
.....**ENFERMERA/O** para lo cual presento mi C.V. (File Personal) sustentado con los requisitos que consta de:
_____ Folios.

POR LO TANTO:

Solicito a usted aceptar mi solicitud de acuerdo a los
fundamentos que anteriormente menciono.

Moquegua ____ de _____ del 2023

Firma del Solicitante

DNI N° _____

E-Mail _____

Teléf.. _____

Deberá especificar el PPSS/CCSS que postula

N° Cuenta Multirred-Banco de la Nación:

Adjuntar Carta Autorización de Cuenta Bancaria

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

**DECLARACION JURADA
DE NEPOTISMO**

(Ley N°26771 – D.S.N°021-2000-PCM, D.S.N°034-2005-PCM)

Yo.....identificado (a)
con D.N.I.

N°.....**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

(Marcar con una X según corresponda)

➤ Que NO tengo pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento, Contratación de Personal, así como tenga injerencia directa o indirecta con la facultad de designar, nombrar, o contratar en los Procesos de Selección de Personal CAS y/o Servicios, en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

➤ Que SI tengo pariente hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y/o cónyuge que labora y ejerza facultad de Nombramiento o Contratación de Personal, así como tenga injerencia directa o indirecta con la facultad de designar, nombrar o contratar en los Procesos de Selección de Personal, en la Gerencia Regional de Salud Moquegua y/o Gobierno Regional.

Si marco el recuadro correspondiente al SI (precisar su(s) nombres(s) y que es para usted.

NOMBRES Y APELLIDOS

**GRADO DE
PARENTESCO**

**CARGO O
POSICION**

1.-

2.-

3.-

LO QUE DECLARO BAJO JURAMENTO, CONFORME A LA LEY 27444 - DEL PROCEDIMIENTO ADMINISTRATIVO LEY 26771 Y SU REGLAMENTO APROBADO POR D.S. 021-2000-PCM MODIFICADO POR D.S. N° 017-2002-PCM Y D.S. 034-2005-PCM.

Moquegua.....de.....de 20 22.

.....

FIRMA

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

**FICHA DE DATOS-PRESUPUESTO NACIONAL
(LLENAR CON LETRA LEGIBLE)**

Información requerida para el alta del recursos humanos en el MINSA

Apellido Paterno	
Apellido Materno	
Nombres	
Sexo	
Tipo de Documento (DNI, Carnet de Extranjeria, Pasaporte)	
Nro. documento	
Departamento Residencia	
Provincia Residencia	
Distrito Residencia	
Dirección Residencia	
Teléfono fijo	
Celular	
Correo electrónico	
Regimen pensionario	
Número de cuenta bancaria, especificar Banco	
Numero de celular en caso de emergencia	
Tipo de parentesco (contacto en caso de emergencia)	
Profesión	
País de Universidad	
Fecha de nacimiento	
Estado Civil	
País nacimiento	
Universidad de titulación	
Institución que revalida el título	
Fecha titulación	
Nro. de colegiatura	
¿Trabaja para el estado?	
Entidad a la que pertenece	
Nombre de su institución	
Establecimiento de salud que adjudica	
Distrito (ubicación del EE.SS.)	
Provincia (ubicación del EE.SS.)	
Departamento (ubicación del EE.SS.)	
Quintil del EE.SS.	

[Handwritten signature]

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

FOTO	HUELLA DIGITAL
------	----------------

ANEXO

FICHA DE DATOS PERSONALES

- Tener presente las siguientes recomendaciones
Llenar a máquina y/o letra de imprenta (legible), los datos que se proporcionen deben ser reales
- DATOS PERSONALES** (Según partida de nacimiento)

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

Según DNI o LE

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO.....

DIA/MES/AÑO	DIST.	PROV.	DPTO.
-------------	-------	-------	-------

N°DNI.....N°L.M.....CLASE.....INST.ARMADA.....
(Indicar tipo de documento)

NOMBRE AFP.....COD.AFP.....ONP. () RUC.....

N° AUTOGENERADO(Es Salud).....N° BREVETTE.....

GRUPO SANGUINEO.....N°CUENTA MULTIRRED: Bco. de la Nación:.....

DOMICILIO MOQUEGUA:.....TELEF.....

DOMICIO EN OTRA CIUDAD

EN CASO DE EMERGENCIA LLAMAR A.....TELÉFONO.....

- ESTADO CIVIL**
CASADO () CONCUBINO () DIVORCIADO(A) () VIUDO () SOLTERO ()

.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
------------------	------------------	---------

(Del Cónyuge o Concubino)

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO.....

DIA/MES/AÑO	DIST.	PROV.	DPTO.
-------------	-------	-------	-------

DOMICILIO.....TELÉFONO.....

FECHA DE MATRIMONIO.....DIA/MES/AÑO.....
(En caso de haber contraído Matrimonio)

CENTRO DE TRABAJO.....
(Del Cónyuge o Concubino)

ESTATAL () PARAESTATAL () PRIVADO () NOMBRADO () CONTRATADO ()

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

DATOS DE LOS HIJOS:

APELLIDOS Y NOMBRES	LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO	OCUPACIÓN
.....
.....
.....
.....

DATOS DE LOS PADRES DEL TRABAJADOR:

PADRE.....MADRE.....
DOMICILIO.....

DIST. PROV. DPTO.

DATOS DE LOS HERMANOS DEL TRABAJADOR:

APELLIDOS Y NOMBRES	OCUPACIÓN	TRABAJA	SECTOR PÚB.
.....	(SI) (NO)
.....	(SI) (NO)
.....	(SI) (NO)
.....	(SI) (NO)

4. ESTUDIOS REALIZADOS DEL TRABAJADOR:

PRIMARIA: Ultimo Grado Aprobado..... en el año.....

SECUNDARIA: Ultimo Año Aprobado..... en el año.....

Si estudio secundaria industrial y/o agropecuaria que diploma obtuvo.....

ESTUDIOS SUPERIORES NO UNIVERSITARIOS (I.S.T.):

Ultimo ciclo aprobado.....en el
año.....

Título.....Especialidad.....Centro de
estudios.....

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

ESTUDIOS SUPERIORES UNIVERSITARIOS:

Situación Actual: Estudiante () Egresado () Bachiller ()

Título () Doctor () Magister () Master ()

Ultimo ciclo aprobado.....en el año

Título.....Fecha de Expedición.....N° de colegiatura.....

Especialidad.....Centro de Estudios.....

Distrito.....Provincia.....Departamento.....

OTROS ESTUDIOS

SUPERIORES:.....

QUE IDIOMA

HABLA?.....

QUE IDIOMA

ENTIENDE.....

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

5. SERVICIOS DE LA CARRERA ADMINISTRATIVA(SECTOR PÚBLICO)

En otros

sectores.....

Nombrado () Contratado () Obrero Permanente () Obrero ()

6. DOCENCIA:

Ha ejercido () Ejerce () Colegio () Academia ()

Inst. Superior () Universidad ()

Nota: Declaro bajo juramento que todos los datos vertidos en esta ficha son reales constituyendo la presente DECLARACION JURADA.

MOQUEGUA.....DE.....DEL.....

.....

Firma del Declarante

DNI N°.....

FORMATO DE ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO N°03

I. DATOS DEL TRABAJADOR:																	
1. APELLIDO PATERNO																	
2. APELLIDO MATERNO																	
3. NOMBRES																	
4. TIPO DE DOCUMENTO			D.N.I. N°														
			CARNET DE EXTRANJERIA N°														
			PASAPORTE N°														
			OTRO														
5. SEXO			F			M											
6. FECHA DE NACIMIENTO			DIA			MES			AÑO								
			AVENIDA			CALLE			JIRON			OTROS:					
7. DOMICILIO			DISTRITO														
			PROVINCIA														
			DEPARTAMENTO														
8. EMAIL PERSONAL									TELEFONO FIJO								
9. EMAIL PERSONAL ALTERNO									CELULAR:								
II DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA																	
1. NOMBRE O RAZON SOCIAL			M			I			N			I			S		
2. N° DE RUC			2			0			1			3			1		
3. DEPARTAMENTO DEL DOMICILIO FISCAL			AVDA. SALAVERRY N°801-JESUS MARIA - LIMA			D			E			S			A		
III DATOS DEL VINCULO LABORAL																	
1. FECHA DE INICIO DE LA RELACION LABORAL			DIA			MES			AÑO								
2. REMUNERACION			S/.														
IV ELECCION DEL REGIMEN PENSIONARIO																	
MARCAR CON X																	
1. SISTEMA NACIONAL DE PENSIONES (ONP)																	
<div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> <div style="text-align: center;">2. SISTEMA PRIVADO DE PENSIONES</div> <div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 50px;"></div> </div>																	

Pto. Maldonado, de2020

Firma del trabajador:

**DIRECCION REGIONAL DE SALUD MOQUEGUA
COMISION DE CONCURSO Y DESPLAZAMIENTO DE PERSONAL**

CARTA DE AUTORIZACIÓN PARA EL PAGO CON ABONO EN CUENTA BANCARIA

Lima, de de 2023.

Por medio de la presente, Yo:....., de profesión.....identificada con D.N.I./CE N°....., con Correo Electrónico.....y Teléfono Cel....., con debido respeto y digo:

Que, AUTORIZO se realice el depósito de mis Pagos de Haberes u otros que me correspondan, en la siguiente Cuenta Bancaria según se detalla a continuación:

NOMBRE DE LA ENTIDAD BANCARIA	BANCO DE LA NACION
NUMERO DE CUENTA	

ADJUNTO al presente copia simple y legible del Boucher o Estado de Cuenta en la que figuran los datos anteriormente consignados, así como mis datos personales.

Al respecto, le agradeceré se sirva disponer lo conveniente para que los pagos a mi nombre sean abonados en la cuenta que corresponde.

En ese sentido, asumo total responsabilidad por la información proporcionada en el presente documento y AUTORIZO el abono de mis pagos de haberes (Remuneraciones) y otros que me corresponda en la cuenta bancaria designada expresamente para tal fin.

Atentamente,

NOMBRE Y APELLIDOS
DNI N°.....