



DECLARACION JURADA PARA OBTENER CERTIFICADO DE COMPATIBILIDAD

POR CUANTO QUE:

Yo, _____

Profesión: _____

Especialidad: _____

Matrícula Profesional: _____ C.I.: _____

PRESTO ACTUALMENTE SERVICIOS PROFESIONALES EN LAS SIGUIENTES
INSTITUCIONES:

INSTITUCION RÉGIMEN DE TRABAJO

(Nombre o razón de la Institución)

(Poner horario o si es tiempo
completo, medio tiempo, etc)

- | | | |
|----|-------|-------|
| 1. | _____ | _____ |
| 2. | _____ | _____ |
| 3. | _____ | _____ |
| 4. | _____ | _____ |

Es lo que declaro en honor a la verdad y para los fines consiguientes, para cuya constancia
firmo el presente documento.

En caso de faltar a la verdad me sujeto a las responsabilidades previstas por ley.

(El presente documento tiene validez de sesenta días a partir de la fecha)

Cochabamba, _____ de 202_____

Firma:

Aclaración de la firma: _____

C.I.: _____

NOTA: Adjuntar fotocopia de C.I. firmada.

SECRETARÍA DEPARTAMENTAL DE SALUD - SDS

SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD - SEDES

Av. Aniceto Arce, esq. Pasteur N°2876 • Telfs.: 4221889 - 4221891 • Fax: 4221897 • www.sedescochabamba.gob.bo

E-mail: sedes@sedescochabamba.gob.bo