**FORMATO Nº 5**

**CONSTANCIA DE NO ADEUDOS[[1]](#footnote-1) Nº -2023/HNCH.**

**(Emite la entidad de origen)**

Conste por el presente documento que don/ña, nombres y apellidos), identificado/a con Documento Nacional de Identidad N°……………………….., **personal de la salud nombrado** de esta Unidad Ejecutora, con el cargo de …………………………………………………………………………. y nivel ……………….., **NO ADEUDA** monto alguno por concepto de viáticos, fondos de caja chica, equipos, bienes muebles, fotocheck, capacitación u otro concepto.

Se emite la presente constancia a petición del interesado para los fines que estime pertinentes.

……………….,octubre de 2023

|  |  |
| --- | --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma y selloOficina de Administración (o la que haga sus veces) | Firma y selloOficina de Logística o Abastecimiento (o la que haga sus veces) |

|  |
| --- |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Firma y selloOficina de Recursos Humanos (o la que haga sus veces) |

1. De acuerdo al literal d) del sub numeral 15.1.3 del numeral 15.1 del artículo 15 del CAPITULO V del Decreto Supremo Nº 026-2023/SA. [↑](#footnote-ref-1)