|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DECLARACIÓN DE SALUD – CONTRATO INDIVIDUAL**  **Proceso COL 0000122978**  Nombre del Consultor/Contratista Individual:  Apellido, Nombre  **Declaración de Buena Estado de Salud**  De conformidad con las disposiciones de la Cláusula 5 de los [Términos y Condiciones Generales para Contratistas Individuales](https://intranet.undp.org/unit/oolts/oso/psu/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/unit/oolts/oso/psu/Support%20Documents%20on%20the%20IC%20Guidelines/UNDP%20General%20Conditions%20for%20Individual%20Contractors.pdf&action=default), presento esta Declaración para certificar que en buen estado en buen estado de salud y asumo toda responsabilidad por la precisión de esta Declaración. Soy consciente de que la información relativa a los requisitos de inoculación con respecto a los viajes oficiales a países puede consultarse en <http://www.who.int/ith>.  Certifico que mi cobertura de seguro médico es válida durante el período comprendido desde el      hasta (si corresponde)  Certifico que mi seguro médico cubre las evacuaciones médicas en el/los Lugares de Destino(s): (*INDICAR LOS LUGARES DE DESTINO SI INCLUYE VIAJES , SI NO,INDICAR NO APLICA*  El nombre de mi compañía de EPS/ MEDICINA PREGAGADES es:  Número de Contrato: (INDICAR EL NUMERO EN CASO DE MEDICINA PREPAGADA) | | | |
|  |  |  |  |
| Firma del Consultor/Contratista Individual Fecha  Esta declaración solo es válida para el Contrato de Consultor/Contratista individual No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |