**Declaración Jurada de Suscripción al SCTR \_\_\_\_\_\_\_\_**

Como representante de la empresa \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, cuyo número de Registro Único de Contribuyente es \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, de acuerdo con los requisitos de la aseguradora:

* La siniestralidad de salud y pensiones durante los últimos 3 años no supera el 45%.
* No se cuenta con colaboradores que en los últimos 3 años se les haya reconocido el beneficio de Pensión en SCTR.
* No se cuenta con personal en tratamiento médico a través del SCTR Salud por más de 3 meses.
* En las actividades relacionadas al sector de Salud, todos los colaboradores se encuentran completamente vacunados (2 dosis completas COVID-19).

Declaro que cumplo con las condiciones mencionadas.