

## Libro III, Título I, Letra D.1 Beneficios por Enfermedad Terminal

**Anexo N° 5 Declaración Jurada**

---

**DECLARACIÓN JURADA**

Por el presente instrumento, yo \_\_\_\_\_ (nombre completo), cédula de identidad N° \_\_\_\_\_, para el solo efecto de solicitar mi inscripción en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo del Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación, o actualizarla en su caso, declaro lo siguiente:

1. Tengo pleno conocimiento y comprensión de las disposiciones legales y normas complementarias que regulan las condiciones bajo las cuales los Profesionales de Apoyo pueden efectuar las evaluaciones requeridas por el Consejo Médico y del Consejo Médico de Apelación. Específicamente, declaro conocer y comprender las inhabilidades para inscribirse en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo y aquellas para realizar una evaluación que se señalan en el Compendio de Normas del Sistema de Pensiones.
2. Que, en el evento de ser incluido en el Registro, y si con posterioridad a la fecha de inscripción se produjeran cambios que implicaren incurrir en alguna inhabilidad para inscribirme en el Registro Nacional de Profesionales de Apoyo, me obligo a informar de tal hecho a la Superintendencia de Pensiones dentro de un plazo no superior a 10 días hábiles de ocurrido el hecho.
3. Que, a la fecha, quien suscribe, posee las competencias técnicas y experiencia detalladas en currículum vitae que se adjunta como parte integrante a la presente declaración jurada.

---

**Fecha**

---

**Firma**

**Nota de Actualización:** Este Anexo fue agregado por la Norma de Carácter General N° 283, de fecha 16 de junio de 2021, la que introdujo la Letra D.1 a este Título I.