



UNIVERSIDAD DEL SAGRADO CORAZÓN  
**SOLICITUD DE CONTRATACIÓN DE  
SERVICIOS PROFESIONALES**

Nombre: \_\_\_\_\_ NIP/NSS: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Correo-e: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Actividad o proyecto: \_\_\_\_\_

Indique los servicios a ofrecer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fecha de Comienzo: \_\_\_\_\_ Fecha de Terminación: \_\_\_\_\_

Información Bancaria:

Número de Ruta: \_\_\_\_\_

Número Cuenta de Banco: \_\_\_\_\_

Favor de anejar con esta solicitud:

1. Copia Certificado Registro Comerciante (Modelo SC2918)\*
2. Copia Certificación Cubierta Póliza del Fondo del Seguro del Estado\*\*
3. Copia Certificado Relevó de Retención para Servicios Profesionales\*\*

\*Documentos Requeridos  
\*\*Si aplica