



"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

MEMORANDUN N° 0032 GRJ -DRSJ-RSMP

A : BLANCA ROSA ARIAS FLORES

Asunto : TRASLADO DE PACIENTE

Fecha : 07/05/2019

Es grato dirigirme a usted para saludarla cordialmente y a la vez debo informar que deberá de trasladar a la paciente **VEGA INGA EDELIN BEATRIZ** que se encuentra en el servicio de emergencia con el diagnostico de: Amenaza de Parto prematuro y Preeclampsia no especifica , para que reciba el tratamiento adecuado y oportuno en una IPRESS de mayor complejidad.

Atentamente:


Verónica Gilevara Madrid
C.M.P. 65018

REG	01325498
EXP	09876522

"Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Pangoa 10 de mayo del 2019

OFICIO N° 069 – 2018-GRJ-DRSJ-RSSMP/DA/USPP.

Señor:
Dr. (e) ANA E. CHANCASANAMPA MOLTALVAN.
Director (a) de la UDR JUNIN.
Huancayo.-

Asunto: Solicito Reembolso por traslado de Paciente.
Atención: Encargado (a) de referencias. UDR – Junín.

Mediante el presente es grato dirigirme a Usted, y a la vez remitir adjunto al presente las copias de los documentos para el reconocimiento de los gastos efectuados por Referencia detallados y por rubros de:

Apellidos y Nombres : VEGA INGA EDELIN BEATRIZ.
N° ficha de Afiliación y/o Inscripción : 170-2-70212190
Ficha de Atención : 170-2-2854707
N° Historia Clínica : 70212190.
Fecha de Nacimiento : 14/02/1995.
Fecha de Traslado : 07/05/2019.
Código de Diagnóstico : O47.0, O14.9
Establecimiento de Origen : P.S. CUBANTIA
Establecimiento de Destino : HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA
Días de permanencia : 01
Personal comisionado : 01
Obstetra : Arias Flores Blanca Rosa
CHOFER : 0
Total Viáticos a pagar : S/.75.00
Importe de combustible (Pasaje-alquiler) : S/. 200.00
Cantidad de galones : -----
Costo por Galón : -----
Cantidad Km Recorrido : 108 km.

PERSONAL QUE ATIENDE: (Datos de la Ficha de Atención)

Medico : BLANCA ROSA ARIAS FLORES.
Colegiatura : 25541.
D.N.I. : 38996540
Fecha de Nacimiento : 04/08/1980.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.


Atentamente:



JEFE DE LA USPP

DOC	02766320
EXP	01878195

FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

 DIRESA JUNIN	NUMERO DE FORMATO 170 19 2854707			INSTITUCIÓN EDUCATIVA CÓDIGO		
	INIC. PRIM. SEC. SECCIÓN TURNO					

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS 000000446		NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN P.S. CUBANTIA					
---	--	--	--	--	--	--	--

COMPONENTE	PERSONAL QUE ATIENDE			LUGAR DE ATENCIÓN		ATENCIÓN		REFERENCIA REALIZADA POR			
SUBSIDIADO	X	DE LA IPRESS	X	CÓDIGO DE LA OFERTA FLEXIBLE	INTRAMURAL	X	AMBULATORIA	CÓD. RENAES	NOMBRE DE LA IPRESS U OFERTA FLEXIBLE		N° HOJA DE REFERENCIA
SEMISUBSIDIADO		ITINERANTE			EXTRAMURAL		REFERENCIA				
NO ASEGURADO		OFERTA FLEXIBLE					EMERGENCIA	X			

IDENTIFICACIÓN				CÓDIGO DEL ASEGURADO SIS				ASEGURADO DE OTRA IAFAS			
TDI	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD	DIRESA / OTROS	NÚMERO	INSTITUCIÓN				COD. SEGURO			
2	70212190	170	2 70212190								
APELLIDO PATERNO VEGA				APELLIDO MATERNO INGA				OTROS NOMBRES BEATRIZ			
PRIMER NOMBRE EDELIN											
SEXO	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	DIA	MES	AÑO				N° DE HISTORIA CLÍNICA		ETNIA	
MASCULINO		0	4	0	7	2	0	1	9	70212190	80
FEMENINO	X										
SALUD MATERNA		FECHA DE NACIMIENTO		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2		DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3			
GESTANTE	X	1	4	0	2	1	9	9	5		
PUERPERA											

DE LA ATENCIÓN												
FECHA DE ATENCIÓN			HORA		UPS	CÓD. PRESTA.	CÓD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)					HOSPITALIZACIÓN FECHA DIA MES AÑO DE INGRESO DE ALTA DE CORTE ADMINISTRATIVO
DIA	MES	AÑO	8	00		117						
0	7	05	2	0	1	9						
REPORTE VINCULADO			CÓD. AUTORIZACION			N° FUA A VINCULAR						

CONCEPTO PRESTACIONAL												
ATENCIÓN DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA			CARTA DE GARANTIA			TRASLADO	X	SEPELIO			
	N° Autorización		N° Autorización		NATIMUERTO				OBITO		OTRO	
	Monto S/.		Monto S/.									

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO											
ALTA	CITA	HOSPITALIZACIÓN	REFERIDO		CONTRA RREFERIDO		FALLECIDO	CORTE ADMINIS.			
			EMERGENCIA	X	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNÓSTICO					

SE REFIERE / CONTRARREFIERE A:											
CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS			NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REFIERE / CONTRARREFIERE						N° HOJA DE REFER / CONTRARR.		
442			HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA						170-19-0001389		

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS						VACUNAS N° DE DOSIS / SEGUN CALENDARIO							
PESO (Kg)		TALLA (cm)		P.A. (mmHg)		BCG	INFLUENZA		ANTIAMARILICA				
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO		GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR			EVALUACIÓN INTEGRAL		DPT	PAROTID		ANTINEUMOC		
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)		CRED N°	PAB (cm)		ADULTO MAYOR		APO	RUBEOLA		ANTITETANICA		
EDAD GEST	APGAR 1°	5°	R.N. PREMATURO	TAP/ EEDP o TEPPI		VACAM		ASA	ROTAVIRUS		COMPLETAS PARA LA EDAD SI NO		
ALTURA UTERINA	CORTE TARDIO DE CORDON (2 a 3 min)		BAJO PESO AL NACER	CONSEJERIA NUTRICIONAL		TAMIZAJE DE SALUD MENTAL		SPR	DT ADULTO (N° DOSIS)		VPH		
PARTO VERTICAL	ADMINISTRACION SUPLEMENTARIA NUTRICIONAL		ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER	CONSEJERIA INTEGRAL		PAT. NOR.	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA		SR	IPV		OTRA VACUNA	
CONTROL PUERP (N°)			N° FAMILIARES DE GEST / PUERP. CASA MAT.	IMC (Kg/M²)				HVB	PENTAVAL		GRUPO DE RIESGO HVB		

DIAGNOSTICOS											
N°	DESCRIPCIÓN	INGRESO			EGRESO						
		TIPO DE DX	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10						
1	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	P	X	R	047.0	D	R				
2	PREECLAMPSIA, NO ESPECIFICADA	P	X	R	014.9	D	R				
3		P	D	R		D	R				
4		P	D	R		D	R				
5		P	D	R		D	R				

N° DE DNI	NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN						N° DE COLEGIATURA
38996640	BLANCA ROSA ARIAS FLORES						25641
RESPONSABLE DE LA ATENCIÓN	5	ESPECIALIDAD				N° RNE	EGRESADO

1. MEDICO 2. FARMACEUTICO 3. CIRUJANO DENTISTA 4. BIÓLOGO 5. OBSTETRIZ 6. ENFERMERA 7. TRABAJADORA SOCIAL 8. PSICOLOGA 9. TECNOLOGO MEDICO 10. NUTRICION 11. TECNICO ENFERMERIA 12. AUXILIAR DE ENFERMERIA 13. OTRO



FIRMA

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO: NOMBRES Y APELLIDOS

DNI o CE DEL APODERADO:

Blanca Rodriguez Araya Prima
 20 85 4563

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado



HOJA DE REFERENCIA

1.- DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año
07	05	19

Hora

8	00
---	----

Asegurado: SI NO

N°

0	0	4	5	3	1
---	---	---	---	---	---

Establecimiento de Origen de la Referencia

Establecimiento Destino de la Referencia

Tipo: P.S. Cubantia
Hosp. San Martín de Porco
 CODIGO DE AFILIACION SIS: 170-2-70212190 N° HISTORIA CLÍNICA: 70212190

2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Apellido Paterno: Vega Apellido Materno: Inga Nombres: Edelin Beatriz
 Sexo: F M Edad: Años 24 Meses Días
 Dirección: Calte Maria Miranda s/n. Distrito: Porco Departamento: Junin

3.- RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

TE: 3d Insidioso - Progresivo
 Anamnesis: Gestante de 28 Sem x EUB, ingreso por emergencia presentada dolor tipo contorción en hemicodo inferior q' se refiere a la región lumbar, asociado a sensación nauseosa. Ademas refiere presenta dolor de cabeza asociado a visión borrosa e hinchazon de miembros inferiores
 Examen Físico: T° 36.5c P.A. 140/90-14 F.R. 28x FC. 112x
Paciente muy quejumbrosa DRE, ARE, PREN.
G. ext: No sugilo vaginal, No presencia de liquidos utero: Edema ++
torax: S/DH +v: Cuello cervical abierto 2cm
Abdomen: Gravida, Dv: 26cm LC: 160x' RF: ++
 Exámenes Auxiliares:
 Diagnostico:
 1) Amenaza de Parto Pretermino
 2) Pre eclampsia
 Tratamiento: CINo 9/1000 OIFC
Nifedipino Sublingual 10g

4.- DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia: Emergencia UPS Destino de la Referencia
 Fecha en que será atendido: Consulta Externa Apoyo al Diagnostico (Adjuntar Orden)
 Hora en que será atendido:
 Nombre de quien lo atenderá:
 Nombre con quien se coordinó la atención:

Pediatría Medicina Cirugía Gineco-Obst. Lab. Dx. Imag. Otros.

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado: Estable Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que acompaña	Personal que recibe
Nombre Colegiatura Profesión <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input checked="" type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....	Nombre Colegiatura Profesión <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetrix <input type="checkbox"/> Otro.....
GOB. DIRECCIÓN REGIONAL <u>Junin</u> <u>Blanca Rosa Arias Flores</u> C.M.P. 55018	<u>Blanca Rosa Arias Flores</u> C.M.P. 55018	<u>Blanca Rosa Arias Flores</u> C.O.P. 25541 Firma y Sello	Fecha <u>07/05/19</u> Hora <u>13:10</u> <u>M.C. Cristina Gomez Mendoza</u> C.M.P. 47022 Firma y Sello

Condiciones del paciente a la llegada al Establecimiento



ANEXO N°1

FORMATO DE REPORTE DEL CONSUMO EN EL TRASLADO DE EMERGENCIAS			
Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos Completos		Edad	
EDELIN BEATRIZ VEGA INGA		22 AÑOS	
Formato Único de Atención		Codigo de Afiliación	
170-19-2854707		170-2-70316284	
Diagnóstico			
	AMENAZA DE PARTO PRETERMINO	CIE 10	0.47.0
	PRE ECLAMPSIA	CIE 10	014.9

Tipo de Traslado

Emergencia:	<input checked="" type="checkbox"/>	Hospitalización:	<input type="checkbox"/>	Plan Esperanza-EHR:	<input type="checkbox"/>
-------------	-------------------------------------	------------------	--------------------------	---------------------	--------------------------

Tipo de Ambulancia que brinda el Servicio

Publica	<input type="checkbox"/>	Privada	<input checked="" type="checkbox"/>	otros:	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	---------	-------------------------------------	--------	--------------------------

Datos de la Referencia

Nombre de la IPRESS que refiere		Código RENAES	
P.S. CUBANTIA		446	
Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00)		Nombre de la IPRESS de Destino	
06 DE MAYO 2019	8:00 HORAS	HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGO	

Recorrido (Origen - Destino - Origen)	Km	Vehículo	
TOLDOPAMPA - CUBANTIA - PANGO	108 KM		
Cantidad de Galones o m3 Utilizados	Tipo de combustible	Costo por Galón: S/0.00	
Nombre o Razón Social del Proveedor			RUC

Detalle del Gasto(Traslado Importe + TUUA): (*)

(*)Declaración bajo juramneto, que los gastos por el traslado son:

Pasaje	Aéreo	Importe: S/.		TUUA:S/.
Terrestre: S/200.00	Imp:s/.	TUUA:S/.	Maritimo:	Imp:s/.
Fluvial	Imp:s/.	TUUA:S/.	Lacustre:	Imp:s/.
TOTAL		S/200.00		
Combustible: S/0.00	s/	Tipo de combustible: S/0.00		

Viaticos:	Nro personas	1	Total	S/ 75.00	Monto que equivale a 2 horas de distancia
------------------	---------------------	---	--------------	----------	---

otros gastos :		Total:S/275.00
-----------------------	--	-----------------------

ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN(por parte del Familiar o Acompañante)(*)

Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante	DNI	Domicilio
Monto Diario recibido por 3 comidas (desayuno/almuerzo/cena)	Fechas : del (dd/mm/aaaa) al (dd/mm/aaaa)	Monto Totalpor Concepto de Alimentación
s/.		s/.

Firma y Huella Digital de Familia o Acompañante en señal de conformidad de la Asignación de alimentación (*) Firma:

Fecha: 07 de mayo 2019

Firma y Sello

Jefe / Gerente / Personal Acompañante
del Establecimiento de Salud

Firma y Sello

Jefe oficina / Unidad de Seguros



CERTIFICADO DE COMISION

APELLIDOS Y NOMBRES: BLANCA ROSA ARIAS FLORES

CARGO ACTUAL: Obstera

GERENCIA Y/O SUB GERENCIA:...Red de Salud San Martin de Pangoa.

FECHA DE PRESENTACION EN EL LUGAR DE TRABAJO:07 /05/2019

DNI Nº: ... 38996540

FECHA DE TERMINO DE COMISION:... 07/05/2019

LABOR REALIZADA:

Se realizó el traslado por emergencia a la paciente Edelin Vega Inga al Hospital San Martin de Pangoa, con un diagnóstico de Amenaza de Parto Prematuro y Preeclampsia no especificada.

OBSERVACIONES:

.....
.....

FECHA: Huancayo 07 de mayo 2019...

M.C Cristina Gomez Mendoza
C.M.P 47022

SELLO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD
COMPETENTE



ANEXO N°04

DECLARACION JURADA (MOVILIDAD PARTICULAR)

Yo... Juan Francisco Guerra Hurtado...; identificado con DNI N° 20854193, domiciliado Calle Maria Miranda N° 352... declaro bajo juramento haber recibido la suma de S/... 200.00..., del Establecimiento de Salud;... Cubantia...; por traslado del paciente... Evelin Beatriz Vega Inga... y su acompañante; al Establecimiento de Salud... Dios Flores Blanca Rosa... siendo unidad móvil particular con placa BHN-148... habiendo empleado... 2 horas... Horas en llegar al establecimiento de referencia. Por la presente **declaro bajo juramento** haber realizado el servicio por S/... 200.00... dando fe suscribo el presente, siendo las... 8:00... Horas del día... 07... del mes de... Mayo... Del 2019., en la localidad de... Pangosa...

[Handwritten signature of transportist]

FIRMA DEL TRANSPORTISTA

DNI N° 20854193



HUELLA

[Handwritten signature of head of establishment]

Verónica Quevedo Madru
CMT 55810
JEFE DEL ESTABLECIMIENTO

LUGAR Y FECHA: 7/05/19



MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNIN



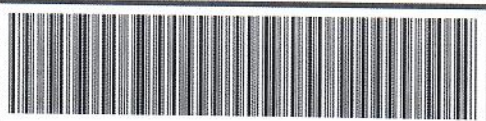
LICENCIA DE CONDUCIR

REPUBLICA DEL PERU	
MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES DIRECCION GENERAL DE TRANSPORTES TERRESTRE	
	
	
APELLIDOS:	GUERRA HURTADO
NOMBRES:	JUAN FRANCISCO
Nro DE LICENCIA:	P08756978
CLASE :	A
Fecha de Expedicion:	25/12/1979
CATEGORIA:	Tres a
Fecha de Revalidacion:	28/12/2020
FIRMA DEL TITULAR	



TARJETA DE PROPIEDAD DEL VEHICULO

REPUBLICA DEL PERU SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE LOS REGISTROS PUBLICOS TARJETA DE IDENTIFICACION VEHICULAR		
ZONA REGISTRAL N° : IX Oficina Registral :LIMA		
PLACA N° BHN-148	Partida Registral:53264819 Placa Ant	
DUA/DAM: 118-2018-10-482799-1		
Titulo: 2019 -189348	Fecha del titulo:16/01/19	
	 ZONA REGISSTRAL N°IX-SEDE LIMA	

DATOS DEL VEHICULO		1002636549
CATEGORIA: M1		Cilindros 4
Marca: HYUNDAI	Año Modelo: 2019	Cilindrada 1,999
Modelo: NEW TUCSON	Version : GL	P.Bruto 2.060
Color: Azul	Eje: 2	P.Neto 1.466
Motor: G4NAJU178576	Asientos 5	Carga Util 0,487
Combustible: GASOLINA	Pasajeros 4	Longitud 4,49
Form.Rodante:4x2	Ruedas 4	Altura 1.55
Vin:kmhj2973AKUS86596	Carroceria SUV	Ancho 1,89
Serie/Chasis:KCMHJ7865AKUS89745		Potencia 114@780
		

RESTAURANT LAS LOMAS

DE: ADELA CAMRENA JIMENEZ
 CALLE LOS SAUCES N°985-PANGOA

R.U.C N°1098743673
BOLETA DE VENTA
N° 00 491

SR: Hosp. San Martin de Pangoa
 NOMBRE DE LA EJECUTORA

DIRECCION: DNI: DIA MES AÑO


CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	TOTAL
	x Consumo		952.50
CANCELADO		TOTALS/.	952.50

NOTA: NO SE ACEPTAN CAMBIOS NI DEVOLUCIONES
 PANGOA 07.05.19

REVERSO DE LA BOLETA

Edelin Beatriz Vega Inga
 DNI: 70212190

DATOS DEL ASEGURADO


 BLANCA ROSA ARIAS FLORES
 C.O.P. 25541

FIRMA Y SELLOS DEL COMISIONADO



ANEXO N°03

YO, ARIAS FLORES BLANCA ROSA, identificada con DNI N° 38996540, servidor público de la RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA, ejerciendo el cargo de OBSTETRA da conformidad con la normatividad vigente, Directiva de Tesorería N° 001-2007-EF/7715, en su Art. 71°, Decreto Supremo 007-2013-EF en su Art 3° y Directiva que norma el Procedimiento de Pago de Viáticos, **DECLARO BAJO JURAMENTO** haber realizado gastos que detallo a continuación, de los cuales no ha sido posible obtener comprobantes de pago autorizados por la SUNAT:

ITEM	FECHA	CONCEPTO	MONTO
1	07/05/2019	Movilidad y otros	S/22.50
2			
3			
4			
TOTAL			S/22.50

30% DEL MONTO TOTAL DE VIATICOS

Pangoa, 07 de Mayo del 2019.

Firma y Huella Digital del Comisionado
DNI: 38996540



HUELLA DIGITAL



ANEXO Nº 02

RENDICIÓN DE CUENTA DE COMISIÓN DE SERVICIO.

U.E : RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGO
 OFICINA : UNIDAD DE SEGUROS UBLICOS Y PRIVADOS
 NOMBRE DEL COMISIONADO : ARIAS FLORES BLANCA ROSA
 CARGO :OBSTETRA
 CONDICIÓN : NOMBRADO
 DNI Nº : 38996540
 LUGAR DE VIAJE : SAN MARTIN DE PANGO
 FECHA/SALIDA : 07/05/2019
 FECHA DE RETORNO : 07/05/2019
 PLANILLA DE VIATICO :

1.- RENDICIÓN DOCUMENTADA.

Nº de Orden	Documento			Proveedor	Concepto	Importe S/
	Fecha	Clase	Nº			
01	07/05/2019	BV	00491	RESTAURANT LAS LOMAS	CONSUMO	52.5
02						
03						
04						
05						
Declaración Jurada (B)						S/22.50
TOTAL RENDICIÓN (A+B)						S/75.00
TOTAL RECIBIDO						S/75.00
SALDO A DEVOLVER O REINTEGRAR S/.						S/0.00

70%

30%

En fe de lo cual firmo la presente rendición.

Fecha: Pangoa 07 de Mayo 2019.

COMISIONADO
 BLANCA ROSA ARIAS FLORES
 C.O.P. 25541

JEFE INMEDIATO
 JEFATURA DE SERVICIO

DIRECTOR ORAF
 GUSTAVO ROJAS LARA