



#### "Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

#### MEMORANDUN N° 021 GRJ -DRSJ-RSMP

A

: M.C. Karina Veliz Samaniego

Asunto

: TRASLADO DE PACIENTE

Fecha

: 08/05/2019

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: Eclampsia durante el trabajo de parto y Amenaza de parto prematuro, para que reciba el tratamiento adecuado y oportuno en una IPRESS de mayor complejidad.

Atentamente:

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

REG	03654245	
EXP	02135678	





### "Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

#### MEMORANDUN N° 022 GRJ -DRSJ-RSMP

A

: Chofer. ROBERTO ZARATE LOPEZ

Asunto

: TRASLADO DE PACIENTE

Fecha

: 08/05/2019

Es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y a la vez informar que deberá de trasladar a la paciente VEGA INGA EDELIN BEATRIZ haciendo uso de la ambulancia de la institución, quien se encuentra en el servicio de emergencia con el diagnostico de: Eclampsia durante el trabajo de parto y Amenaza de parto prematuro, para que reciba el tratamiento adecuado y oportuno en una IPRESS de mayor complejidad. Atentamente:

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

REG	03654246
EXP	02135679





## "Año de la lucha contra la corrupción e impunidad"

Pangoa 15 de mayo del 2019

## OFICIO Nº 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.

Nº ficha de Afiliación y/o Inscripción :

170-2-70212190

Ficha de Atlación

170-2-2854707 70212190.

Nº Historia Clínica Fecha de Nacimiento

14/02/1995. 08/05/2019.

Fecha de Nacimiento Fecha de Traslado

08/05/2019. O15.0. O47.0

Código de Diagnóstico

HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA

Establecimiento de Origen Establecimiento de Destino

HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CARMEN

Días de permanencia Personal comisionado 01

Medico Cirujano

KARINA VELIZ SAMANIEGO

Chofer

ROBERTO ZARATE LOPEZ

Total Viáticos a pagar Importe de combustible s/ 300.00 s/ 64.500

Cantidad de galones

5

Costo por Galón Cantidad Km Recorrido s/ 12.90 244km.

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

Medico

:Cristina Gomez Mendoza.

Colegiatura

: 47022

D.N.I.

:40183465

Fecha de Nacimiento

: 28/10/1979.

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

Atentamente:

JEPE DE LA USPI

9452

				1	FORMA	TO UNICO	DE AT	ENGION - FUR				EDUCATRIA			CODIGO	]
				ERO DE	CODMA	TO				IN	ISTITUCIÓN			TURN	10	1
DIRES	SA JUNIN			1	38	54708			INIC.	PRIM.	SEC.	SECCION				7
3		170	19		NEU CIC	N PRESTA	ADORA D	E SERVICIOS	E SALU	D				5-1075		_
SE AL SERVE			Di	E LA INS	HIUCK						A ATENCIO	N O O				
CÓDIGO RENAES	DE LA IPRESS					LIC	TICOL	AL SAN	MART	TIN D	EPAN	GUA		non		
							-	ATENCIÓ				REFERENCIA NOMBRE DE LA	REALIZADA	ERTA	Nº HOJA DE	7
00000	U444	IAL QUE ATIE	NDE		UGAR D	E ATENCIÓ		AMBULATORIA	1	CÓD.	RENAES	FL	71000	-	170-19-00013	
COMPONENTE		T x CODI	GO DE LA OFER	TA	INTRA		X	REFERENCIA	X		446	P.S. C	UBANTIA		176-10-00-	
UBSIDIADO X	DE LA IPRESS ITINERANTE	+	FLEAIGLE		EXTRA			EMERGENCIA				- CAPAR				
ASEGURADO ASEGURADO	OFERTA FLEXIBLE					DEL ASEC	URADO	/ USUARIO		AS	EGURADO	DE OTRA IAFAS				$\dashv$
IDENTIFICAC	NOR J		ODIGO DEL ASE	GURADO	SIS		INSTIT	UCIÓN								
AP COD	UMENTO DE ENTIDAD	OTROS		NÚMERO	1219	0	COD. 8	EGURO			ADELLIC	O MATERNO				-
2 702	42490 11	170	2	102	. 1							NGA				
fin		LIDO PATERO	10									8 NOMERES				
		VEGA										ATRIZ				
		MER NOMBREDELIN			TALL S				-	au ma	HISTORIA	The second party and the secon		E1	INIA	-
		-		AES	T		AÑO		-		702121			1	80	
SEXO	FECHA PROBABLE	DE DI	4 0	8	2	0	1	9				The second secon		T		
MASCULINO X	PARTO / FECHA I	DE 0	4 0		+	1	10	5				ILIACIÓN DEL RN		1		
SALUD MATERNA	FECHA DE	1	4 0	2	1	9	9					FILIACIÓN DEL RN				
GESTANTE X	NACIMIENTO			T	1					1	DNI/ CNV/A	FILIACIÓN DEL RN	3			
	FECHA DE FALLECIMIENT	ro					DELAA	TENCION				T FECHA	DIA	ME	S AÑ	0
PUERPERA	<u> </u>			1		CÓD.	CÓD	PRESTACION(ES	ADICION	AL (ES)	NO	DE INGRESO	T	TT		
FECHA	DE ATENCIÓN		HORA	U	PS	PRESTA.	1				HOSPITALIZACIÓN		++	1		
DIA MES	AÑO	THI	10 : 00	1		117	11				MIAL	DE ALTA	++	++	-	T
0 8 0 5	2 0 1	19					Nº FUA A	VINCULAR			HOSE	DE CORTE ADMINISTRAT	IVO			
		COD. AUTORIZ	ACION	-				Common Age of the Common Commo								
REPORTE VINCUL	ADO						CEPTO	PRESTACIONA	L				SEPELI	1	T	
	COBEXT	RAORDINAR	A	-	0.000	ARANTIA	-	TRAGLADO		X	NATH	UERTO	OBIT	0	OTRO	
ATENCIÓN	Nº Autorización			Nº Autoria	sación		-	HOIGHNO			NATH.					
DIRECTA	Monto S/.			Monto SI				ASEGURADO	USUARIO	0					CORTE	: 1
						DEL DEST	TNO DEL	ASEGUICADO	POYO AL			CONTRA RREFERIDO	FAL	LECIDO	ADMINI	S.
ALTA CITA	HOSPITAL	LIZACIÓN	EMERGENC	X	CONS	ULTA EXTER	RNA	) DV	GNOSTICE	0			I AIP M	IO IA DE F	REFER / CONTI	EARR.
ALTA CITA	11				m ng 1 4	connec a	LA QUE S	CONTRARREF	A L Labor Comment	FIERE					19-0001457	
CÓDIGO RENAE	S DE LA IPRESS			NOMES	OF LATE	OCENTE	MATER	NO INFANTIL	EL CAR	MEN		VACUNAS N°	DE DORIS			)
AND DESCRIPTION OF THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NOT THE PERSON NAMED IN COLUMN TWO IS NAMED IN COLUM	315												INFLUENZA	7 02.00.	ANTIAMARIL	ICA
			CTIVIDADES P	REVENI	IVAG	PA (	mmHg)				BCG		PAROTID		ANTINEUM	ос
PESO (Kg	1)	TAL	GESTANTE I	RN / NIÑO	DIADOL	ESCENTE /	JOVEN Y	JOVE	N Y ADUL	то	DP	r		-	ANTITETAN	IICA
DE LA GESTANTE	DEL RECIEN			ADULTO	AUGULTO	AB (cm)		EVALUACIO INTEGRA			API	0	RUBEOLA	-	COMPLET	AS SI
CPN (N°)	EDAD GEST RIV	1	CRED N		- 11	API EEDP o	T		LTO MAY	OR	AS	A	ROTAVIRU	_	PARALAE	
EDAD GEST			R.N. PREMA	TURO		TEPSI		VACAM	T		SF	PR	DT ADULTO DOSIS)	(N°	VPH	
	APGAR 1°	5°	BAJO PESO A	NACER	N	ONSEJERIA IUTRICIONAL		VACAM	-	DAT T	S	R	IPV		OTRA VAC	ANUS
UTERINA	CORTE TARDIO	DE	ENFER. CON	GENITA/		CONSEJERIA		TAMIZAJE SALUD MEI	DE _	OR.	1	VB	PENTAVA	AL		o TRANSPAR SEX
PARTO VERTICAL	CORDON (2 a 3 min)		SECUELA AL	NACER		INTEGRAL	+	LACTAN	CIA	7	GRUP	DE RIESGO	CRUPO DE RI	4 PRIVACIONA 4 PRIVACIONA DE DE SALUD B	RABAJADOR DE SALUD BERTAD S PF AA 6 PC POLITRANFUNDIDOS S	DROSO CEPENCI
	ADMINISTRAC	ION	N° FAMILIAI GEST / PUEF	P, CASA		IMC (Kg/M²)		MATERI	IA [			HVB .	ESTABLISHED			
PUERP (N°)	SUPLEMENTA NUTRICION/	Ireire 1	MAT					AGNOSTICOS			1911	GRESO			EGRESO	CIE - 10
				- nunción					-	TIPO	DE DX	CIE - 16		TIPO I	DE DX	416. * 10
N'				RIPCIÓN		DE DAS	OTO			Р	R	015.			R	
1		ECLAMPSI	A DURANTE	EL TR	MEMAL	THRO	-			P	X R	047.	U	D	R	
2		AME	NAZA DE P	AKIOI	- PEEMP	12 UNO		2000		Р	D R	-		D	R	
3										Р	DR		-	D	R	
4				-			-			Р	D R				Nº DE COLE	GIATURA
5						NOME	EDELN	ESPONSABLE	DELAA	TENCIO	N			1	470	
	Nº DE DNI				11770		Crist	ina Gomez Me	endoza		-	N° RNE			EGRESADO	
	40183465	CIÓN 1	ESPECI	ALIDAD	I					enter park	MEDICO 101	NUTRICION 11. TECH	IICO ENFERME	RIA 12 AU	XILIAR DE ENFER	MERIA 13.0
RESPON	40183465 SABLE DE LA ATENI FARMACEUTICO 3 CIR	UJANO DENTIST	A 4. BIÓLOGO 5.	OBSTETRO	6. ENFE	RMERA 7. TR	ABAJADOR	A SOCIAL 8. PSICO	LOGA 9.TE	CHOLOGO	Herbins in					456
1. MÉDICO 2	FARMACEUTICO 3 CIN						FIRMA	· _	Y	1		41.5	67			
	- Company of the Comp	N.						JRADO	^		24.24					19
1		- W					APOD	ERADO L		4	-					
	(	de properties	omez Me	ndoza	1			NEBARO:			ga.	polecied Re	4	Ann	_	
1	M.C Cr	istina G	omez Me	INOTO	•		APOI	DERADO: BRES Y APELLIS	800		_	olejog N	DOM ALL	Mind	Huelfa Digita	del Asegura
1			P 47022					CE DEL APODE				2085	1563		del A	poderado
i	COMMA V CELLO	DEL RESPON	SABLE DE LA	ATENCION	4		DIN	J OE DEL AFOU								
1	PIRMA T SELEC															





			IDESARROLLO SOSTENIBLE CON IDENTIDAD!
Mostore .	HOJA DE	REFERENCIA	
1 04700 0511501150			N° 000701
1 DATOS GENERALES Fecha Día Mes Año H	Hora 1000 Ase	egurado: St NO	[ 5  5  5   7
Establecimiento de Origen de la Refer	,	Sun Mortin de Pargo	
Establecimiento Destino de la Referer	ncia Hasps tal	Docente Haterno Incon	fel " El Comer"
2 IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO	, 1990-	2 · 7 0 2 1 2 1 9 0	N° HISTORIA CLÍNICA 70212120
Apellido Paterno	Apellido Materno	Nom	bres
Vega	Inga	Idelin Bead	1.2
Sexo K M	7	Edad: Años 2 4	Meses Días
Dirección: Cale Mosia D	Tiranda S/N 1	Distrito: Pangag	Departamento: Junio
3 RESUMEN HISTORIA CLÍNICA		. 60.100	20(11)
Anamnesis Gostante de 2	.8 semanos, con unter ovinientes involuntos	edente de preeclampsia	lingua por emergencia
SNC: No evol	CV : 3/A H.	ictal Abd: Gravido Du: 2600 Gest: No.	
Hcfo:	48 %		
Diagnostico  1) Relemp  2) Sheror  3)  Tratamiento Sulfado de Mo			CIE - 10 P D R
· Dulgato se	Regresio lo un x min.		000, pason Yorc en 20 mm.
4 DATOS DE LA REFERENCIA	min, control de divies;	is 90 sown, Cornol do So	+ 02 9030 in.
Coordinación de la Referencia  Fecha en que será atendido: Hora en que será atendido: Nombre de quien lo atenderá: Nombre con quien se coordinó la atenció		UPS Destino de la Refe Consulta Externa O	rencia Apoyo al Diagnostico (Adjuntar Orden)
Pediatría Medicir	na Cirugía	- Con	D. Dx. Imag. Otros.
Estable (	Condiciones del Pac	iente al inicio del Traslado	
Responsable de la RF	Responsable		Mai Estado 🔾
Nombre Colegiatura Profesión Médico Enfermera Obstetriz Otro	Responsable del Establecimiento  Nombre Colegiatura Profesión Médico Enfermera Obstetriz	Pérsonal que acompaña  Nombre Colegiatura Profesión Médico Enfermera Obstetriz	Personal que recibe  Nombre Colegiatura Profesión Médico Enfermera Obstetriz
	○ Otro	Otro	Ottro

M.C Cristina Gomez Mendoza

M.C Cristina Gomez Mendoza

Karina Veltz Samaniego

Fecha

Otro....





### **ANEXO N°1**

Nombres y Apellidos Completos   Edad   Fecha de Nacim   23/10/19/19/19/19/19/19/19/19/19/19/19/19/19/		FORMATO DE	REPORTE DEL CONSUMO	EN EL TRASLADO [	DE EMERGENCIAS	
Nombres y Apellidos Completos   Code   Cod	os del Asegurado					Fecha de Nacimiento
EDELIN BEATRIZ VEGA INCA  Formato Único de Athención  170-19-2854707  170-19-2854707  TRABAIO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES  CIEID  O759  De de Traslado  Increase de la Servicio  Jublica  X  Hospitalización:  Plan Esperanza-EHR:  Plan Esperanza-EHR:  Privada  otros:  Plan Esperanza-EHR:  Pode Ambulancia que brinda el Servicio  Jublica  X  Privada  otros:  Privada  otros:  PS.  PS.  PS.  PS.  PS.  PS.  PS.  PS		Nombres y Apelli	dos Completos			23/10/1994
Formato Unico de Atención 170-19-2854707 170-2-70316284 170-19-2854707 170-2-70316284 170-19-2854707 170-2-70316284 170-19-2854707 170-2-70316284 170-19-2854707 170-2-70316284 170-19-2854707 170-2-70316284 170-2-7031		EDELIN BEATRIX	Z VEGA INGA		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	
Tro-19-285470/  TRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES  OTRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES  OTRAS COMPLICACIONES  OTRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES  OTRAS COMPLETA COMPLETA COMPLICACIONES  OTRAS COMPLETA COMP		Formato Único	de Atención			
TRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES  Pode Traslado mergencia: X Hospitalización: Plan Esperanza-EHR:  po de Ambulancia que brinda el Servicio ubilica x Privada otros:  Nombre de la IPRESS que refiere Código RENAES 442 P.S. 444 P.S.		170-19-2	854707		1/0-2-7	/0310204
TRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES    Description   Description   Plan Esperanza-EHR:	anástico					0750
po de Traslado mergencia: X   Hospitalización:   Plan Esperanza-EHR:	agnostico	TRABAJO DE P	ARTO CON OTRAS COMP	LICACIONES	CIE10	0759
mergencia: X Hospitalización: Frantasperio en Mombre de Ispressor en Mombre de la IPRESS que refiere Nombre de la IPRESS que refiere P.S. 442  Privada Otros:  Nombre de la IPRESS que refiere P.S. 442  Privada Nombre de la IPRESS que refiere P.S. 442  Privada Nombre de la IPRESS que refiere P.S. 442  P.S. HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL COMBRAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL COMBRAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL COMBRAS PANGOA-HUANCAYO Place PANGOA-HUANCAYO 244 KM Contidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Petalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Tipo de combustible Impiss/. TUUA:S/. Hacustre: Impiss/. TUUA:S/.  Pasaja Aéreo Impiss/. TUUA:S/. Lacustre: Impiss/. TUUA:S/.  Pasaja TUUA:S/. Lacustre: Impiss/. TUUA:S/.  Pasaja TUUA:S/. TOTAL S/  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible Monto que eq horas de dista cada persotros gastos:  Viaticos: Nro personas 2 Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:		THE DESCRIPTION OF THE PERSON				
po de Ambulancia que brinda el Servicio ublica x Privada otros:    Privada   Otros:	1. Turnlada	W				
pro de Ambulancia que brinda el Servicio ubilica x Privada otros:    Privada   Otros:		V	Hospitalización:		Plan Esperanza-EHR:	
atos de la Referencia  Nombre de la IPRESS que refiere  P.S.  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00  Nombre de la IPRESS de Destin  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00  Nombre de la IPRESS de Destin  O8 DE MAYO 2019  10:00 HORAS  Recorrido ( Origen - Destino - Origen  PANGOA-HUANCAYO  244 KM  Cantidad de Galones o m3 Utilizados  Tipo de combustible  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  Impost.  TUUA:S/. Pasaje  Aéreo  Impost.  TUUA:S/. Parerestre:  Imp:s/.  TUUA:S/.  TOTAL  S/  Combustible:  Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada persotros gastos:  Viaticos:  Nro personas  2  Total  S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) (*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas:	nergencia:	٨				
atos de la Referencia  Nombre de la IPRESS que refiere  P.S.  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/sa ; 00:00  Nombre de la IPRESS de Destin  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/sa ; 00:00  Nombre de la IPRESS de Destin  O8 DE MAYO 2019  10:00 HORAS  Recorrido ( Origen - Destino - Origen	de Ambulancia d	ue brinda el Servicio		AV		· ·
Nombre de la IPRESS que refiere P.S. P.S. P.S. P.S. P.S. P.S. P.S. P.S			Privada		otros:	
Nombre de la IPRESS que refiere P.S. A42  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00 Nombre de la IPRESS de Destin O8 DE MAYO 2019 10:00 HORAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CA  Recorrido ( Origen - Destino - Origen Km Vehículo Place PANGOA-HUANCAYO 244 KM Costo por Galón Total Importe Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe  Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Detaille del Gasto ( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) (*) Declaración bajo jurammeto, que los gastos por el traslado son: Pasaje Aéreo Importe: S/. TUUA:S/. Pasaje Aéreo Importe: S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/. Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Total S/ 300.00 Honos de dista cada persotros gastos :  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) DNI Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :	iplica	X	1117000			
Nombre de la IPRESS que refiere P.S. A42  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00 Nombre de la IPRESS de Destin O8 DE MAYO 2019 10:00 HORAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CA  Recorrido ( Origen - Destino - Origen Km Vehículo Place PANGOA-HUANCAYO 244 KM Costo por Galón Total Importe Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe  Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Detaille del Gasto ( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) (*) Declaración bajo jurammeto, que los gastos por el traslado son: Pasaje Aéreo Importe: S/. TUUA:S/. Pasaje Aéreo Importe: S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/. Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Total S/ 300.00 Honos de dista cada persotros gastos :  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) DNI Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :	de la Referencia					
P.S.  Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00  Nombre de la IPRESS de Destin  OR DE MAYO 2019  10:00 HORAS  HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CA  Recorrido ( Origen - Destino - Origen  PANGOA-HUANCAYO  Cantidad de Galones o m3 Utilizados  Tipo de combustible  Nombre o Razón Social del Proveedor  Nombre o Razón Social del Proveedor  RUC  Petalle del Gasto( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Declaración bajo juramneto, que los gastos por el traslado son:  Pasaje  Aéreo  Importe: S/.  Terrestre:  Imp:s/.  TUUA:S/.  Haritimo:  Imp:s/.  TUUA:S/.  TUUA:S/.  TOTAL  S/  Combustible:  Nro personas  2  Total  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) (*)  Nombre y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :	atos de la Referencia	Nombre de la IP	RESS que refiere		Códig	
Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00 Nombre de la IPRESS de Destin  08 DE MAYO 2019 10:00 HORAS HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CA  Recorrido ( Origen - Destino - Origen Km Vehículo Plac  PANGOA-HUANCAYO 244 KM Costo por Galón Total Importe  Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe  Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Petalle del Gasto( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*)Declaración bajo juramneto, que los gastos por el traslado son:  Perrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/.  Ferrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  Combustible: Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada pers  Otros gastos :  Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) DNI Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :			2027			(
Recorrido ( Origen - Destino - Origen Km Vehículo Placi PANGOA-HUANCAYO 244 KM Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe  Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Petalle del Gasto( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*) Declaración bajo juramneto, que los gastos por el traslado son: Pasaje Aéreo Importe: S/. TUUA:S/.  Terrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/.  Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible  Viaticos: Nro personas 2 Total S/300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) (*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:						
Recorrido ( Origen - Destino - Origen Km Vehículo Plac.  PANGOA-HUANCAYO 244 KM Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible Costo por Galón Total Importe  Nombre o Razón Social del Proveedor RUC  Petalle del Gasto( Traslado Importe + TUUA): (*)  (*)Declaración bajo jura-meto, que los gastos por el traslado son: Pasaje Aéreo Importe: S/. TUUA:S/. Pasaje Aéreo Importe: S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/. Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible Monto que eq horas de dista cada persotros gastos:  Total S/300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:				HORAS	HOSPITAL MATERN	O INFANTIL EL CARMEN
Recorrido ( Origen - Destino - Origen	08 DE N	MAYO 2019	10.001			
Recorrido ( Origen - Destino - Origen				3		
Recorrido ( Origen - Destino - Origen PANGOA-HUANCAYO 244 KM Cantidad de Galones o m3 Utilizados Tipo de combustible  Nombre o Razón Social del Proveedor  Nombre o Razón Social del Proveedor  RUC  Pasaje Aéreo Importe: S/. Terrestre: Imp:s/. Terrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Terrestre: Imp:s/. TUUA:S/. TOTAL S/  Combustible:  Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada pers  Otros gastos:  Total  S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :			Van		Vehículo	Placa
Cantidad de Galones o m3 Utilizados  Tipo de combustible  Nombre o Razón Social del Proveedor  Nombre o Razón Social del Proveedor  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:  Imp:s/.  TUUA:S/.  TUUA:S/.  TOTAL  S/  Combustible:  Total  Nro personas  2  Total  S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:					Vernous	
Nombre o Razón Social del Proveedor   RUC				Co	sto por Galón	Total Importe s/
Nombre o Razon Social del Proveedor    Poetalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)	Cantidad de Galo	ones o m3 Utilizados	Tipo de combustible	Co	Sto por Galon	Total Impersory
Nombre o Razon Social del Proveedor    Detaille del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (*)						RUC
(*) Declaración bajo juramento, que los gastos por el traslado son:         Pasaje       Aéreo       Importe: S/.       TUUA:S/.         Terrestre:       Imp:s/.       TUUA:S/.       Imp:s/.       TUUA:S/.         Fluvial       Imp:s/.       TUUA:S/.       Lacustre:       Imp:s/.       TUUA:S/.         TOTAL       S/         Combustible:         Viaticos:       Nro personas       2       Total       S/ 300.00       Monto que eq horas de dista cada personas de dista cada personas         Otros gastos:         Total       S/ 300.00     ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) DNI Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:		Nombre o Razón S	Social del Proveedor			NOC
(*) Declaración bajo jurameto, que los gastos por el traslado son:         Pasaje       Aéreo       Importe: S/.       TUUA:S/.       Imp:s/.       TUUA:S/.         Terrestre:       Imp:s/.       TUUA:S/.       Lacustre:       Imp:s/.       TUUA:S/.         Fluvial       Imp:s/.       TUUA:S/.       Lacustre:       Imp:s/.       TUUA:S/.         Combustible:         Viaticos:       Nro personas       2       Total       S/ 300.00         Otros gastos:         Total       S/ 300.00     ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas:       DNI Domicilio						
(*) Declaración bajo juramneto, que los gastos por el traslado son:         Pasaje       Aéreo       Importe: S/.       TUUA:S/.         Terrestre:       Imp:s/.       TUUA:S/.       Imp:s/.       TUUA:S/.         Fluvial       Imp:s/.       TUUA:S/.       Lacustre:       Imp:s/.       TUUA:S/.         Combustible:         Viaticos:       Nro personas       2       Total       S/ 300.00         Otros gastos:         Total       S/ 300.00         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 ( Fechas :						
(*) Declaración bajo juramento, que los gastos por el traslado son:         Pasaje       Aéreo       Importe: S/.       TUUA:S/.         Terrestre:       Imp:s/.       TUUA:S/.       Imp:s/.       TUUA:S/.         Fluvial       Imp:s/.       TUUA:S/.       Lacustre:       Imp:s/.       TUUA:S/.         TOTAL       S/         Combustible:         Viaticos:       Nro personas       2       Total       S/ 300.00       Monto que eq horas de dista cada personas de dista cada personas         Otros gastos:         Total       S/ 300.00     ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante) DNI Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:	Detalle del Gastol Tr	aslado Importe + TUUA	A): (*)			
Pasaje Aéreo Importe: S/. TUUA:S/.  Terrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/.  Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada pers  otros gastos :  Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :	(*)Declaración bajo i	uramneto, que los gasto	os por el traslado son:			
Terrestre: Imp:s/. TUUA:S/. Maritimo: Imp:s/. TUUA:S/.  Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada pers  otros gastos: Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas:			Importe: S/.			
Fluvial Imp:s/. TUUA:S/. Lacustre: Imp:s/. TUUA:S/.  TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible Monto que eq horas de dista cada personas 2 Total S/300.00 cada personas e totros gastos :  Total S/300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :				Maritimo:	Imp:s/.	
TOTAL S/  Combustible: Tipo de combustible Monto que eq  Viaticos: Nro personas 2 Total S/300.00 horas de dista  cada personas se total se				Lacustre:	Imp:s/.	TUUA:S/.
Combustible:  Tipo de combustible  Monto que eq horas de dista cada pers  Otros gastos :  Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :						
Viaticos:  Nro personas  2  Total  S/ 300.00  Horas de dista cada personas e		IOIAL	31	Tipo de combu	stible	
Viaticos:  Nro personas  2  Total  Cada personas  Total  S/ 300.00   ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :	Combustible:			1.100		Monto que equivale a
Viaticos:  Nro personas  2  Total  Cada personas  Total  S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :					S/ 300.00	horas de distancia ,por
Otros gastos :  Total S/ 300.00  ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas (Fechas :		N	2	Total	.,	cada persona
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 ( Fechas :	Viaticos:	Nro personas		10101		
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 ( Fechas :						
ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN( por parte del Familiar o Acompañante)(*)  Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :	otros gastos :					
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 ( Fechas :					Total	S/ 300.00
Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  DNI  Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :						
Nombres y Apellidos Completos del Familiar o Acompañante  DNI  Domicilio  Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :		ASIGNACIÓ	N POR ALIMENTACIÓN	por parte del Famil	iar o Acompañante)(*)	
Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :		ASIGNACIO	NA FOR MENALISTATIONAL	7000000		Damielle
Monto Diario recibido por 3 comidas ( Fechas :	Name brook v. A.s.	allidas Campletas dal E	amiliar o Acompañante	DNI		Domicilio
	Nombres y Ap	emaos compietos del F	annia o Acompanante			
	20.000		¥ (2004)			
del I dd/mm/aaaaa a la la dd/mm/aaaaa a				-1 / dd/m/\	Monto Totalnor	Concento de Alimentació
desayuno/annuerzo/cena/	desayuno	/almuerzo/cena)	del ( dd/mm/aaaa)	ai ( dd/mm/aaaa)		concepto de Annicitació
s/. Sirma: Huella:					S/.	Huollas
Firma y Huella Digital de Familia o Acompañante en señal de	Firma y Huella	Digital de Familia o Ad	ompañante en señal de	Firma:		nuella:
conformidad de la Asignación de alimentación (*)	conform	idad de la Asignación d	e alimentación (*)			
Fecha: 8 DE MAYO 2019					A A	

-1

Firma y Sello

Jefe / Gerente / Personal Acompañante

del Establecimiento de Salud

Firma v Sello

Jefe oficina / Unidad de Seguros

# RESUMEN DE LAS BOLETAS DE COMBUSTIBLE

FACTURA N° 0012354 IMPORTE: S/ 47,382,36

N°	FECHA	VALE POR	NOMBRES Y APELLIDOS	MONTO DEL
14	FECHA	COMBUSTIBLE	DEL PACIENTE	VALE
1	5/02/2019	023640	ROSARIO CUNYAS DELGADO	85,100
2	23/03/2019	023648	RAUL CACERES RODRIGUEZ	23,200
3	08/05/2019	023654	EDELIN BEATRIZ VEG INGA	64,500
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
	TOTAL			172,800

NOTA: El monto de los vales de combustible no deberán superar el monto de la factura

IEEE DEL A LISPE DE LA FIECUTORA

# SERVICENTRO GOTARDO

VALE POR COMBUSTIBLE

N°023654

VENTA DE COMBUSTIBLE-LUBRICANTESM REPUESTOS Y ACCESORIOS

choper.

AV. JOSE OLAYA Nº987-PANGOA

	N: Di	NI	06 05 19
CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
-	GALONES DE GASOLIOL 90 Oct		
	GALONES DE GASOLIOL 84 Oct		
S	DIESEL B-5	12.90	64.500
	GALONES DE ACEITE	***	
		TOTALS/	64.500
		A CUENTA S/	
	AUTORIZADO V B	SALDO S/	
4	Eino		

# SERVICENTRO GOTARDO

VENTA DE COMBUSTIBLE-LUBRICANTESM REPUESTOS Y ACCESORIOS

AV. JOSE DLAYA Nº987-PANGDA

R.U.C. 20874659690	)
FACTURA	
N°0012354	

4 7,382,36

	OSPFLIS Son Mortin de Paro	1 *5	200
CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
	GALONES DE GASOLIOL 90 Oct		
	GALONES DE GASOLIOL 84 Oct DIESEL B-5		
4 50	GALONES DE DIESEL B5 S-50		4.7,382,

TOTAL S/.

CANCELADO

PANGOA 30 DE 12 DEL 20/8

P.SERVICENTRO GOTARDO





# **CERTIFICADO DE COMISION**

APELLIDOS Y NOMBRES: Karina Veliz Samaniego
CARGO ACTUAL: MEDICO CIRUJANO
GERENCIA Y/O SUB GERENCIA:Red de Salud San Martin de Pangoa.
FECHA DE PRESENTACION EN EL LUGAR DE TRABAJO: 08/05/2019
DNI №:20543687
DRIRECCION:
FECHA DE TERMINO DE COMISION: 08/05/2019
LABOR REALIZADA:
Se realizo el traslado por emergencia a la paciente Edelin Vega Inga al Hospital Materno Infantil El Carmen
,con un Diagnostico de Eclampsia y amenaza de parto pretermito
OBSERVACONES:
2010
FECHA: Huancayo 08 de mayo 2019

G.O MARIA GOMEZ SALAZAR C.M.P 23893 R.N.E 52893

SELLO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD

COMPETENTE

# RESTAURANT LAS BALSAS

#### **VENTA DE COMIDAS-CRIOLLAS**

DE:JUAN ZEVALLOS NORIEGA JR:PUNO N°895-HUANCAYO CEL:964532235

RUC.1	0785432636			BOLE	TA DE VEI	NTA
FECHA		0.5	20 19	003	N°000543	1
. До	sptel Sun	Mortin				NOMBRE DE LA EJEC
CANT	DESCRIPCION				NITARIO	IMPORTE
	* Consum	0		4		\$105.00
						/
					TOTALS/.	\$/105.00

GRACIAS POR SU PREFERENCIA

#### **REVERSO DE LA BOLETA**

Vega Inc	ja Roblin Ber 18190	chiz	
DATOS DEL ASE	GURADO		
	96.75		
Sensial VELIZ SAMAN	IIEGO		
C.M.P 4865			
FIRMA Y SELLOS	S DEL COMISIONAL	00	





#### **ANEXO N°03**

YO, KARINA VELIZ SAMANIEGO, identificada con DNI N° 20543687, servidor público de la RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA, ejerciendo el cargo de Medico Cirujano 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	EM FECHA CONCEPTO		MONTO
1	08/05/2019	Movilidad y otros	S/45.00
2			
3			
4			
		TOTAL	\$/45.00

30% DEL MONTO TOTAL DE VIATICOS

Pangoa, 08 de Mayo del 2019.

Firma y Huella Digital del Comisionado

DNI: 20543687

**HUELLA DIGITAL** 





#### ANEXO Nº 02

BENDICIÓN	DE CLIENT	TA DE CON	AISIÓN DI	E SERVICIO.
SEMINIC ION	DE CUEN	ADLCON	11131014 01	

U.E

: RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA

**OFICINA** 

: UNIDAD DE SEGUROS PUBLICOS Y PRIVADOS

NOMBRE DEL COMISIONADO

: KARINA VELIZ SAMANIEGO

CARGO

:MEDICO CIRUJANO

CONDICIÓN

: NOMBRADA

DNI Nº

:20543687

LUGAR DE VIAJE

: HUANCAYO

FECHA/SALIDA

: 08/05/2019

: 09/05/2019

**FECHA DE RETORNO** PLANILLA DE VIATICO

1 - RENDICIÓN DOCUMENTADA.

	Importe S/	Concepto	Proveedor	0	Document		Nº de Orden
				Nº	Clase	Fecha	
70%	105	CONSUMO	RESTAURANT LAS BALSAS	000541	BV	08/05/2019	01
<u> </u>						- ,	02
							03
							04
	S/45.00	ción Jurada (B)	Declara				
	S/150.00	NOICIÓN (A. D)			i .	-	1
30%	3/130.00	NDICIÓN (A+B)	TOTAL RE				
-		OTAL RECIBIDO	Tı				
	S/150.00						
	S/150.00		1				

En fe de lo cual firmo la presente rendición.

Fecha: Pangoa 08 de Mayo 2019.

COMISIONADO

KARINA VELIZ SAMANIEGO C.M.P.4865

JEFE INMEDIATO

JEFE DE SERVICIO

DIRECTOR ORAF

**GUSTAVO ROJAS LARA** 

#### **CERTIFICADO DE COMISION**

APELLIDOS Y NOMBRES: ROBERTO ZARATE LOPEZ
CARGO ACTUAL: CHOFER
GERENCIA Y/O SUB GERENCIA:Red de Salud San Martin de Pangoa.
FECHA DE PRESENTACION EN EL LUGAR DE TRABAJO: 08/05/2019
DNI №:20345689
DRIRECCION:
FECHA DE TERMINO DE COMISION: 08/05/2019
LABOR REALIZADA:
Se realizo el traslado por emergencia a la paciente Edelin Vega Inga al Hospital Materno Infantil El Carmen
con un Diagnostico de Eclampsia y amenaza de parto pretermito
OBSERVACONES:
FECHA: Huancayo 08 de mayo 2019
G.O MARIA GOMEZ SALAZAR

R.N.E 52893

SELLO Y FIRMA DE LA AUTORIDAD

COMPETENTE

C.M.P 23893

# RESTAURANT LAS BALSAS

#### **VENTA DE COMIDAS-CRIOLLAS**

DE:JUAN ZEVALLOS NORIEGA JR:PUNO N°895-HUANCAYO CEL:964532235

RUC.1	078543263	86	BOLETA	A DE VENT	ГА	
FECH/	1 06	05	20 1	7 003 N	1°000547	
	Hospetal			Pago	a <	NOMBRE DE LA EJECU
CANT	DESCRIPCIO	N		P.UNIT	ARIO	IMPORTE
	X cons	omo				₹105.00
				TO	TALS/.	\$ 1,05,00

GRACIAS POR SU PREFERENCIA

#### **REVERSO DE LA BOLETA**

Vega Inga Edelin Bectiz

DNP: 2021290

DATOS DEL ASEGURADO

ROBERTO ZARATE LOPEZ
CHOFER

FIRMA Y SELLOS DEL COMISIONADO





#### **ANEXO N°03**

YO, ROBERTO ZARATE LOPEZ, identificada con DNI N° 20345689, servidor público de la RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA, ejerciendo el cargo de CHOFER 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	08/05/2019	Movilidad y otros	S/45.00
2			
3			
4			
		TOTAL	\$/45.00

30% DEL MONTO TOTAL DE VIATICOS

Pangoa, 08 de Mayo del 2019.

Firma y Huella Digital del Comisionado

DNI: 20345689

HUELLA DIGITAL





#### ANEXO Nº 02

BENDICIÓN DE CLIENTA	DE	COMISIÓN	DE	SERVICIO.
DEMONTON DE CUENTA	. DE	COMMISION		OLIVE . C. C.

U.E

: RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGOA

**OFICINA** 

: UNIDAD DE SEGUROS PUBLICOS Y PRIVADOS

NOMBRE DEL COMISIONADO

: ROBERTO ZARATE LOPEZ

CARGO

:CHOFER

CONDICIÓN

: NOMBRADO

DNI Nº

:20345689

LUGAR DE VIAJE

: HUANCAYO

FECHA/SALIDA

: 08/05/2019

FECHA DE RETORNO

: 09/05/2019

PLANILLA DE VIATICO

1	REN	DIC	ÓN	DO	CUN	ΛEΝ	ITA	DA.

Nº de Orden	Documento		Proveedor	Concepto	Importe S/		
	Fecha	Clase	Nº				
01	08/05/2019	BV	00547	RESTAURANT LAS BALSAS	CONSUMO	105	70%
02							
03						A.	
04			М				
05			100				
					: ( ) - (P)	\$/45.00	
				Declara	ación Jurada (B)	3/45.00	30%
				TOTALRI	ENDICIÓN (A+B)	S/150.00	
		10		* *			
	· ·			· 1	TOTAL RECIBIDO	S/150.00	
			#				
				SALDO A DEVOLVER O	REINTEGRAR S/	. S/0.00	

En fe de lo cual firmo la presente rendición.

Fecha: Pangoa 8 de Mayo 2019.

COMISIONAD

JEFE INMEDIATO

DIRECTOR ORAF

ROBERTO ZARATE LOPEZ CHOFER