



"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 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 : 08/05/2019.
Código de Diagnóstico : O15.0, O47.0
Establecimiento de Origen : HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA
Establecimiento de Destino : HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CARMEN
Días de permanencia : 01
Personal comisionado : 02
Medico Cirujano : KARINA VELIZ SAMANIEGO
Chofer : ROBERTO ZARATE LOPEZ
Total Viáticos a pagar : s/ 300.00
Importe de combustible : s/ 64.500
Cantidad de galones : 5
Costo por Galón : s/ 12.90
Cantidad Km Recorrido : 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:



JEFE DE LA USPP

DOC	023568
EXP	089452

FORMATO UNICO DE ATENCION - FUA

DIRESA JUNIN

NUMERO DE FORMATO
170 19 2854708

INSTITUCION EDUCATIVA
CÓDIGO
IWC. PRIM. SEC. SECCION TURNO

DE LA INSTITUCION PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD

NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCION

HOSPITAL SAN MARTIN DE PANGOA

CÓDIGO RENAES DE LA IPRESS

000000442

COMPONENTE	PERSONAL QUE ATIENDE	LUGAR DE ATENCION	ATENCION	COD. RENAES	REFERENCIA REALIZADA POR	N° HOJA DE REFERENCIA
SUBSIDIADO <input checked="" type="checkbox"/>	DE LA IPRESS <input checked="" type="checkbox"/>	INTRAMURAL <input checked="" type="checkbox"/>	AMBULATORIA <input checked="" type="checkbox"/>	446	P.S. CUBANTIA	170-19-0001389
SEMISUBSIDIADO <input type="checkbox"/>	ITINERANTE <input type="checkbox"/>	EXTRAMURAL <input type="checkbox"/>	REFERENCIA EMERGENCIA <input checked="" type="checkbox"/>			
NO ASEGURADO <input type="checkbox"/>	OFERTA FLEXIBLE <input type="checkbox"/>					

DEL ASEGURADO / USUARIO

IDENTIFICACION	CODIGO DEL ASEGURADO SIS	INSTITUCION
TDI 2	N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD 70212190	COD. SEGURO
DIRESA / OTROS 170	NÚMERO 70212190	
APELLIDO PATERNO VEGA		APELLIDO MATERNO INGA
PRIMER NOMBRE EDELIN		OTROS NOMBRES BEATRIZ

SEXO	FECHA	DIA	MES	AÑO
MASCULINO <input type="checkbox"/>	FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO	0	4	0
FEMENINO <input checked="" type="checkbox"/>	FECHA DE NACIMIENTO	1	4	0
SALUD MATERNA	FECHA DE FALLECIMIENTO			
GESTANTE <input checked="" type="checkbox"/>				
PUERPERA <input type="checkbox"/>				

N° DE HISTORIA CLINICA 70212190

ETNIA 80

DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 1

DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 2

DNI / CNV / AFILIACION DEL RN 3

DE LA ATENCION

FECHA DE ATENCION	HORA	UPS	COD. PRESTA.	COD. PRESTACION(ES) ADICIONAL (ES)
DIA 08 MES 05 AÑO 2019	10 : 00		117	

N° FUA A VINCULAR

HOSPITALIZACION

FECHA	DIA	MES	AÑO
DE INGRESO			
DE ALTA			
DE CORTE ADMINISTRATIVO			

CONCEPTO PRESTACIONAL

ATENCION DIRECTA	COB EXTRAORDINARIA	CARTA DE GARANTIA	TRABAJADO	SEPELIO
	N° Autorizacion	N° Autorizacion	<input checked="" type="checkbox"/>	NATIMUERTO OBITO OTRO

DEL DESTINO DEL ASEGURADO/USUARIO

ALTA	CITA	HOSPITALIZACION	EMERGENCIA	CONSULTA EXTERNA	APOYO AL DIAGNOSTICO	CONTRA REFERIDO	FALLECIDO	CORTE ADMINIS.
			<input checked="" type="checkbox"/>					

SE REPIERE / CONTRARREPIERE A:

NOMBRE DE LA IPRESS A LA QUE SE REPIERE / CONTRARREPIERE HOSPITAL DOCENTE MATERNO INFANTIL EL CARMEN

N° HOJA DE REFER / CONTRARR. 170-19-0001457

ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y OTROS

DE LA GESTANTE	DEL RECIEN NACIDO	GESTANTE / RN / NIÑO / ADOLESCENTE / JOVEN Y ADULTO / ADULTO MAYOR	JOVEN Y ADULTO	VACUNAS N° DE DOSIS / SEGUN CALENDARIO
CPN (N°)	EDAD GEST RN (SEM)	CRED N° PAB (cm)	EVALUACION INTEGRAL	BCG INFLUENZA ANTIAMARILICA
EDAD GEST	APGAR 1° 5°	R.N. PREMATURO TAPI EEDP o TEPISI	ADULTO MAYOR	DPT PAROTID ANTINEUMOC
ALTURA UTERINA	CORTE TARDIO DE CORDON (2 o 3 min)	BAJO PESO AL NACER CONSEJERIA NUTRICIONAL	VACAM	APD RUBEOLA ANTITETANICA
PARTO VERTICAL	ADMINISTRACION SUPLEMENTARIA NUTRICIONAL	ENFER. CONGENITA / SECUELA AL NACER CONSEJERIA INTEGRAL	TAMIZAJE DE SALUD MENTAL	ASA ROTAVIRUS COMPLETAS PARA LA EDAD
CONTROL PUERP (N°)		N° FAMILIARES DE GEST / PUERP, CASA MAT.	LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA	SPR DT ADULTO (N° DOSIS) VPH
		IMC (Kg/M²)		SR IPV OTRA VACUNA
				HVB PENTAVAL

DIAGNOSTICOS

N°	DESCRIPCION	INGRESO	CIE - 10	TIPO DE DX	CIE - 10
1	ECLAMPSIA DURANTE EL TRABAJO DE PARTO	P <input checked="" type="checkbox"/> R	O15.1	D	R
2	AMENAZA DE PARTO PREMATURO	P <input checked="" type="checkbox"/> R	O47.0	D	R
3		P D R		D	R
4		P D R		D	R
5		P D R		D	R

N° DE COLEGIATURA 47022

NOMBRE DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION Cristina Gomez Mendoza

N° DE DNI 40183465

N° RNE

EGRESADO

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

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

ASEGURADO

APODERADO

APODERADO:
NOMBRES Y APELLIDOS
DNI o CE DEL APODERADO:

Solaced Rodriguez Arana
20854563

Huella Digital del Asegurado o del Apoderado

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA ATENCION



HOJA DE REFERENCIA

N° 000701

1.- DATOS GENERALES

Fecha

Día	Mes	Año
08	05	19

Hora

1	0	0	0
---	---	---	---

Asegurado: SI NO

Tipo: _____

Establecimiento de Origen de la Referencia

Hospital San Martín de Porco

Establecimiento Destino de la Referencia

Hospital Docente Materno Infantil "El Carmen"

2.- IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CODIGO DE AFILIACION SIS: 170-2-70212190 N° HISTORIA CLÍNICA: 70212190

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Vega	Inga	Eduardo Beatriz	
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad: a Años	24	Meses <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Días <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Dirección: Calle Nisia Miranda s/n		Distrito: Porco	Departamento: Junín

3.- RESUMEN HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: Gestante de 28 semanas, con antecedente de preeclampsia, ingresa por emergencia presentando movimientos involuntarios tonio-clónico aproximadamente 5hrs.

Examen Físico T° 36.5 P.A. 160/100 F.R. 90x FC. 110x SatO₂: 80%.
Paciente con V.P.P. ATRG, AREH, ALEN
SNC: No evaluable por periodo post ictal Abd: Gravidado
DP Resp y Ap. CV: S/DH. Nu: 26cm, LCF: 150x, MF: ++
gest: No SV, No P. lig. +v: Deficiente 2cm.

Exámenes Auxiliares Prof: 300g / 24h; plg: 150.000
Creat: 2. Hcto: 45%
+v: Deficiente 2cm.

Diagnostico
1) Eclampsia
2) Amenaza de parto prematuro
3)

CIE-10	P	D	R
015.1			x
047.0			x

Tratamiento: Sulfato de Magnesio Sompollas disuelto en 50g de Cl Na 9/1000, pasos 40cc en 20 min.
Sulfato de Magnesio 10cc x min.

Control de EV: 40 Junín, control de diuresis 40 Junín, Control de Sat O₂ 40 Junín.

4.- DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia	Emergencia <input checked="" type="checkbox"/>	UPS Destino de la Referencia	Consulta Externa <input type="checkbox"/>	Apoyo al Diagnostico (Adjuntar Orden) <input type="checkbox"/>
Fecha en que será atendido:				
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	Pérsenal 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 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.....

M.C Cristina Gomez Mendoza C.M.B. 47022 M.C Cristina Gomez Mendoza Karina Veltz Samaniego C.M.B. 1955 Fecha 08/05/19 Hora 17:00



ANEXO N°1

FORMATO DE REPORTE DEL CONSUMO EN EL TRASLADO DE EMERGENCIAS			
Datos del Asegurado			
Nombres y Apellidos Completos		Edad	Fecha de Nacimiento
EDELIN BEATRIZ VEGA INGA		22 AÑOS	23/10/1994
Formato Único de Atención		Codigo de Afiliación	
170-19-2854707		170-2-70316284	
Diagnóstico	TRABAJO DE PARTO CON OTRAS COMPLICACIONES	CIE10	0759
Tipo de Traslado			
Emergencia:	X	Hospitalización:	Plan Esperanza-EHR:
Tipo de Ambulancia que brinda el Servicio			
Publica	x	Privada	otros:
Datos de la Referencia			
Nombre de la IPRESS que refiere		Código RENAES	
P.S.		442	
Fecha y Hora de la referencia (dd/mm/aa ; 00:00)		Nombre de la IPRESS de Destino	
08 DE MAYO 2019 10:00 HORAS		HOSPITAL MATERNO INFANTIL EL CARMEN	
Recorrido (Origen - Destino - Origen)			
PANGO-AHUANQUAYO		Km	Vehículo
		244 KM	
Cantidad de Galones o m3 Utilizados		Tipo de combustible	Costo por Galón
			Total Importe s/
Nombre o Razón Social del Proveedor			RUC
Detalle del Gasto(Traslado Importe + TUUA): (*)			
(*)Declaración bajo juramento, que los gastos por el traslado son:			
Pasaje	Aéreo	Importe: S/.	TUUA:S/.
Terrestre:	Imp:s/.	TUUA:S/.	Marítimo: Imp:s/.
Fluvial	Imp:s/.	TUUA:S/.	Lacustre: Imp:s/.
TOTAL		S/	
Combustible:		Tipo de combustible	
Viaticos:	Nro personas	Total	S/ 300.00
	2		
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 (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:	Huella:
Fecha: 8 DE MAYO 2019			

Monto que equivale a 4 horas de distancia ,por cada persona


Firma y Sello
Jefe / Gerente / Personal Acompañante
del Establecimiento de Salud


Firma y Sello
Jefe oficina / Unidad de Seguros

RESUMEN DE LAS BOLETAS DE COMBUSTIBLE

FACTURA N° 0012354

IMPORTE: S/ 47,382,36

N°	FECHA	VALE POR COMBUSTIBLE	NOMBRES Y APELLIDOS DEL PACIENTE	MONTO DEL 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



JEFE DEL LA USPP DE LA EJECUTORA

SERVICENTRO

GOTARDO

VENTA DE COMBUSTIBLE-LUBRICANTESM REPUESTOS Y
ACCESORIOS

VALE POR COMBUSTIBLE

N°023654

AV. JOSE OLAYA N°987-PANGOA

TELEF: 964786543

SR: *Hospital San Martín de Porco*

DIA	MES	AÑO
<i>08</i>	<i>05</i>	<i>19</i>

DIRECCION:..... DNI.....

CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
	GALONES DE GASOLIOL 90 Oct		
	GALONES DE GASOLIOL 84 Oct		
<i>S</i>	DIESEL B-5	<i>12.90</i>	<i>64.500</i>
	GALONES DE ACEITE		<i>/</i>

TOTALS/.

64.500

.....
AUTORIZADO V B

A CUENTA S/
SALDO S/

Emo
.....
RECIBI CONFORME
NOMBRE: *Roberto Zurita Lopez*
D.N.I N° *20345609*
chaper.

SERVICENTRO GOTARDO

VENTA DE COMBUSTIBLE-LUBRICANTESM REPUESTOS Y
ACCESORIOS

AV. JOSE OLAYA N°987-PANGO

TELEF: 964786543

SR: Hospital San Martin de Pango

DIRECCION: D.V. DNI.....

R.U.C. 20874659690

FACTURA

N°0012354

DIA	MES	AÑO
30	12	2018

CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
	GALONES DE GASOLIDL 90 Oct		
	GALONES DE GASOLIDL 84 Oct		
	DIESEL B-5		
450	GALONES DE DIESEL B5 S-50		4.7382,36

CANCELADO

TOTAL S/.

4.7382,36

PANGO 30 DE 12 DEL 2018

[Signature]
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 N°: ...20543687

DIRECCION:.....

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 pretermo

OBSERVACIONES:

.....
.....

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.10785432636				BOLETA DE VENTA	
FECHA	08	05	20 19	003	N°000541

SR: Hospital San Martin de Pangoa

NOMBRE DE LA EJECUTORA

DIRECCION: DNI:

CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
	X Consumo		7105.00
			/
			/
			/
			/
			/
			/
TOTALS/.			9/105.00

GRACIAS POR SU PREFERENCIA

REVERSO DE LA BOLETA

Vega Inga Edelin Beatriz
DNI: 70212190

DATOS DEL ASEGURADO


.....
KARINA VELIZ SAMANIEGO

C.M.P 4865

FIRMA Y SELLOS DEL COMISIONADO



ANEXO N°03

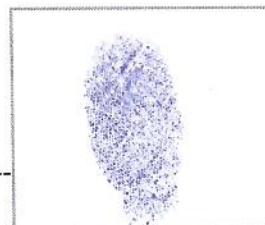
YO, KARINA VELIZ SAMANIEGO, identificada con DNI N° 20543687, servidor público de la RED DE SALUD SAN MARTIN DE PANGO, ejerciendo el cargo de Medico Cirujano da conformidad con la normatividad vigente, Directiva de Tesorería N° 001-2007-EF/7715, en su Art. 71°, Decreto Supremo 007-2013-EF en su Art 3° 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	FECHA	CONCEPTO	MONTO
1	08/05/2019	Movilidad y otros	S/45.00
2			
3			
4			
TOTAL			S/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

RENDICIÓN DE CUENTA DE COMISIÓN DE SERVICIO.

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
 FECHA DE RETORNO : 09/05/2019
 PLANILLA DE VIATICO :

1.- RENDICIÓN DOCUMENTADA.

Nº de Orden	Documento			Proveedor	Concepto	Importe S/
	Fecha	Clase	Nº			
01	08/05/2019	BV	000541	RESTAURANT LAS BALSAS	CONSUMO	105
02						
03						
04						
Declaración Jurada (B)						S/45.00
TOTAL RENDICIÓN (A+B)						S/150.00
TOTAL RECIBIDO						S/150.00
SALDO A DEVOLVER O REINTEGRAR S/.						S/0.00

70%

30%

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 GRAF
 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 Nº: ...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 pretermo

OBSERVACIONES:

.....
.....

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.10785432636				BOLETA DE VENTA	
FECHA	08	05	20	19	003 N°000547

SR: Hospital San Martín de Porco

NOMBRE DE LA EJECUTORA

DIRECCION: DNI:

CANT	DESCRIPCION	P.UNITARIO	IMPORTE
	X consumo		S/105.00
TOTALS/.			S/105.00

GRACIAS POR SU PREFERENCIA

REVERSO DE LA BOLETA

Vega Inga Edelin Beatriz
DNI: 70222190
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			S/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

RENDICIÓN DE CUENTA DE COMISIÓN DE SERVICIO.

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.- RENDICIÓN DOCUMENTADA.

Nº de Orden	Documento			Proveedor	Concepto	Importe S/
	Fecha	Clase	Nº			
01	08/05/2019	BV	00547	RESTAURANT LAS BALSAS	CONSUMO	105
02						
03						
04						
05						
Declaración Jurada (B)						S/45.00
TOTAL RENDICIÓN (A+B)						S/150.00
TOTAL RECIBIDO						S/150.00
SALDO A DEVOLVER O REINTEGRAR S/.						S/0.00

70%

30%

En fe de lo cual firmo la presente rendición.

Fecha: Pangoa 8 de Mayo 2019.



 COMISIONAD
 ROBERTO ZARATE LOPEZ
 CHOFER



 JEFE INMEDIATO



 DIRECTOR ORAF