PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua

RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II "Gustavo Lanatta Lujan" N°180-2021-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.

Bagua, 20 JUL 2021

VISTOS:

El Informe N° 047-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM.

CONSIDERANDO:

Con escrito de fecha 30 de junio del 2021, **María Angelica López Cotrina,** nombrada de la Unidad Ejecutora Nº 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua, solicita el pago del beneficio por luto y gastos de sepelio por fallecimiento de su Madre, Fidela Cotrina Suarez, con DNI Nº 48796471, acaecido el 20 de junio del 2021, en la ciudad de Piura.

La solicitante adjunta como recaudos: Copias de DNI y Acta de Defunción, que acreditan su derecho.

Con Informe N° 047-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM, de fecha 15 de julio del 2021, la Jefe Remuneraciones, de la Unidad de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua, informa que le corresponde la suma de S/ 3,000.00 soles (Tres mil y 00/100 soles), a pagar a **María Angelica López Cotrina**, por concepto **de subsidio por luto y gastos de sepelio**, adjuntando la hoja de cálculo a pagar por dicho concepto.

II.- BASE LEGAL:

El subsidio por fallecimiento se otorga cuando fallece un familiar directo del servidor o el mismo servidor. Si fallece el servidor, es decir el trabajador de la entidad pública, en este caso los deudos, cónyuge, hijos o padres o hermanos, recibirán (3) tres remuneraciones totales.(Art. 144 del Decreto Legislativo 276). Si los que fallecen son: cónyuge, hijos, padres, es decir los familiares directos del servidor o trabajador de la entidad pública, **serán (2) dos remuneraciones totales** que recibirá el trabajador como monto de subsidio.(Art. 144 del Reglamento del Decreto Legislativo 276).

En caso del subsidio por gastos de sepelio será de dos remuneraciones totales (Art. 145 del Reglamento del Decreto Legislativo 276)

En consecuencia; con las facultades otorgadas por la Resolución Ejecutiva Regional N° 145-2020- GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS/GR y contando con las visaciones de las Oficinas, Unidades y Áreas respectivas del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua.

SE RESUELVE:

ARTICULO PRIMERO.- OTORGAR, Beneficio por Luto y Gastos de Sepelio, a María Angelica López Cotrina, nombrada de la Unidad Ejecutora Nº 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua, por fallecimiento de su Madre, Fidela Cotrina Suarez, con DNI Nº 48796471, acaecido el 20 de junio del 2021, en la ciudad de Piura, en la suma de **S/ 3,000.00 soles (Tres mil y 00/100),** conforme los considerandos y anexos.

ARTICULO SEGUNDO.- El monto establecido, se cancelara conforme a la Disponibilidad Presupuestal del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua.

ARTICULO TERCERO.- DAR CUENTA, de la presente resolución a los órganos internos del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua e interesada para los fines de ley.

ARTICULO CUARTO.- DISPONGASE, la publicación de la presente, en el Portal Institucional del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVESE.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
Dr. Miguel A. Guzmán Castañeda
DIRECTOR EJECUTIVO
CMP. 37491 RNE. 26942

Ministerio de Salud
Primero entendemos personas

PERÚ | Ministerio de Salud | Hospital "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

INFORME N° 047- 2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB-REM.

A : **ABOG. WILSON RICHARD NAVARRO CONTRERAS**
Jefe de Recursos Humanos

Asunto : **Cálculo por subsidio económico por sepelio y luto.**

Referencia : **Solicito el Subido por Fallecimiento y Gastos de Sepelio**

Fecha : **Bagua, 15 de Julio del 2021.**

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
16 JUL 2021 - PERSONAL
FOLIOS 02

Por el presente tengo a bien dirigirme a su despacho para expresarle mi cordial saludo; asimismo en atención a los documentos de referencia del Personal Nombrado, en lo cual se detalla a continuación:

NOMBRES Y APELLIDOS PERSONAL NOMBRADO	NOMBRE DEL FALLECIDO	FECHA DE FALLECIMIENTO
MARIA ANGELICA LOPEZ COTRINA	FIDELA COTRINA SUAREZ	20/06/2021

El trabajador, es personal administrativo, por el fallecimiento de su madre encontrándose dentro de los alcances del Decreto Legislativo N° 1153 y según D.S N° 0420-2019, **se reconoce según el detalle siguiente:**

SUBSIDIO ECONÓMICO POR SEPELIO Y LUTO	
	MONTO
POR SEPELIO	1 500.00
POR LUTO	1 500.00
TOTAL.....	**3 000.00**

Se adjunta acta de defunción, certificado de defunción.

En resumen, por concepto de luto y sepelio le corresponde el monto de S/. 3,000.00 (Tres Mil 00/100); por lo que solicito se eleve el presente informe al área de asesoría legal para que se emita resolución de reconocimiento y posteriormente al área de presupuesto para la disponibilidad del pago.

Es todo cuanto informo a Usted, según lo solicitado por las acciones que estime conveniente.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
PROVEIDO PERSONAL
PROVEIDO N°
PASE A: Asesoría Legal
PARA:
FECHA: Bagua, 19-07-21
FIRMA:

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
Lic. Jilma L. Briceño Banavides
RESP. REMUNERACIONES

SOLICITO: EL SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO Y GASTOS DE SEPELIO.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
TRATAMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO
30 JUN 2021
Folio: 06 Doc.:
Exp. Hora: 12.32
Firma:

MEDICO:
MIGUEL ANGEL GUZMAN CASTAÑEDA
Director del Hospital de Apoyo Bagua
S.D.

MARIA ANGELICA LOPEZ COTRINA, Identificada con D.N.I. N°. 33563933, personal nombrado de la Institución, domiciliada en el Jr. Miraflores N°. 142 de esta ciudad de Bagua; ante usted, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, en mi condición de: hija de la que en vida fue, FIDELA COTRINA SUAREZ fallecida el día 20 de junio del presente año, es que solicito se me conceda el SUBSIDIO POR FALLECIMIENTO Y GASTOS DE SEPELIO, de conformidad a lo dispuesto por el Decreto Legislativo N°. 276 y su Reglamento el Decreto Supremo N°. 005-90-PCM, para lo cual adjunto los siguientes documentos:

05 JUL 2021
HORA: FOLIOS
FIRMA

- Certificado de defunción
- Acta de defunción
- Fotocopia del DNI
- Fotocopia del DNI (Hija)
- Boleta de Venta.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted, ordene a quien corresponda dar trámite a mi solicitud de acuerdo a Ley.

Bagua, 30 de junio del 2021.

.....
MARIA ANGELICA LOPEZ COTRINA
D.N.I. N°. 33563933

PROVEIDO PERSONAL
Asesoría Legal
Bagua, 06-06-21.

MINISTERIO DE SALUD
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
PROVEIDO - DIRECCION
PROVEIDO N°
PASE A: RAHY
PARA:
FECHA: 8/7
FIRMA

C.c.
Archivo
-.-

2020010466 Piura 010466

PERÚ Ministerio de Salud — INEI — RENIEC

CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCIÓN DE LA DEFUNCIÓN EN CUALQUIERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL

CERTIFICADO DE DEFUNCIÓN GENERAL

Archívese en la oficina de Registro Civil

El que suscribe certifica que: 1. Atendió al difunto en su última enfermedad [X] 2. Únicamente constató la defunción [ ] 3. Haber realizado la necropsia [ ]

1. IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO

1.1 Condición de identificación 1. Persona identificada [X]

1.2 Documento de identidad 1. Documento nacional de identidad [X] 2. Carnet de extranjería [ ] 3. Pasaporte [ ] 4. Partida de nacimiento [ ] 5. Otro [ ] Especificar: Número: 48796471

1.3 Prenombres: FIDELA

1.4 Primer apellido: COTRINA

1.5 Segundo apellido: SUAREZ

1.6 Apellido de casada:

1.7 Sexo Masculino [ ] Femenino [X] Indeterminado [ ] 1.8 Edad 87 Años [ ] Meses [ ] Días [ ] Horas [ ] Ignorado

2. DATOS DEL FALLECIMIENTO

2.1 Fecha 20/06/21 (Día Mes Año) 2.2 Hora 16:20 de 0 a 24 hrs.

2.3 Sitio de ocurrencia 1. Establecimiento de salud [ ] 2. Domicilio [X] 3. Centro laboral [ ] 4. Vía pública [ ] 5. En tránsito [ ] 6. Otro [ ] 99. Ignorado [ ]

2.4 Dirección CALLE AMAZONAS 141

Distrito CASTILLA Provincia PIURA

Departamento PIURA

2.5 Centro poblado

2.6 Causa básica del fallecimiento CANCER AL HIGADO

(Sello: Es copia fiel del original ... 30 JUN 2021 — Enrique Armas Fernández, FEDATARIO SUPLENTE, ART. 138 DE LA LEY N° 27444)

INFORME ESTADÍSTICO DE LA DEFUNCIÓN GENERAL (Solo para uso estadístico)

2020010466 Piura 010466

2 Identificación del fallecido

21 Prenombres: Fidela

22 Primer apellido: Cotrina

23 Segundo apellido: Suárez

24 Apellido de casada:

25 Grupo étnico:

26 Documento de identidad: Tipo 1 Número 48796471

Tipo de documento de identidad: 1 = Documento nacional de identidad 2 = Carnet de extranjería 3 = Pasaporte 4 = Partida de nacimiento 5 = Otro

1 Lugar de procesamiento

11 Departamento:
12 Provincia:
13 Distrito:
14 Centro poblado:

Solo para ser llenado por el Codificador MINSA

3 Tipo de seguro o financiador de salud

1. SIS [ ] 2. EsSALUD [ ] 3. Sanidad FAP [ ] 4. Sanidad NAVAL [ ] 5. Sanidad EP [ ] 6. Sanidad PNP [ ] 7. Privados [ ] 8. Otros [ ] 99. Ignorado [ ] 9. Sin Seguro [ ]

4 Datos del fallecido

41 Sexo: 1. Masculino [ ] 2. Femenino [X] 3. Indeterminado [ ]

42 Edad: 87 [X] Años [ ] Meses [ ] Días [ ] Horas [ ] Ignorado

43 Estado conyugal / marital: Conviviente/Concubina [ ] Casado(a) [ ] Divorciado(a) [ ] Separado(a) [ ] Soltero(a) [X] Viudo(a) [ ] Ignorado [ ]

44 Nivel de instrucción: Ningún nivel / Iletrado [ ] Inicial / Pre-escolar [ ] Primaria incompleta [X] Primaria completa [ ] Secundaria incompleta [ ] Secundaria completa [ ] Superior no universitaria incompleta [ ] Superior no universitaria completa [ ] Superior universitaria incompleta [ ] Superior universitaria completa [ ] Ignorado [ ]

45 Ocupación: Trabajaba: 1. Si [ ] 2. No [X] 3. Ignorado [ ]

46 En que:

Especifique

5 Residencia habitual del fallecido

51 País: Perú
52 Departamento: Piura
53 Provincia: Piura
54 Distrito: Castilla
55 Centro poblado:

56 Dirección de la residencia habitual del fallecido: Calle Amazonas (Jr./Calle/Av./Psj./Mz/Otro) 141 (Nro./Interior/Lote) (Urb./AA.HH./PP.JJ./Caserío/Otro)

6 Lugar, fecha y hora de fallecimiento

61 Departamento: Piura
62 Provincia: Piura
63 Distrito: Castilla
64 Centro poblado:
65 Dirección (Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mz.a. / Otro)

66 Fecha: (dd/mm/aaaa) 20/06/2021 Hora: (de 0 a 24 hrs) 16:20

67 Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud [ ] → Código RENAES: (*)

Nombre del establecimiento de salud:

2. Domicilio [X] 3. Centro de trabajo [ ] 4. Vía pública [ ] 5. En tránsito [ ] 6. Otro [ ] 99. Ignorado [ ]

7 Causa de la defunsión

71 Certificado por: 1. Médico(a) [X] 2. Obstetra [ ] 3. Enfermero(a) [ ] 4. Otro profesional de la salud [ ] 5. Personal técnico o auxiliar de la salud [ ]

72 El que certifica declara: 1. Atendió al difunto en su última enfermedad [ ] 2. Únicamente constató la defunción [ ] 3. Haber realizado la necropsia [ ]

73 Causa de la defunción

I Enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente (a)
a) Cáncer al higado
Debido a (o como consecuencia de)

CAUSAS ANTECEDENTES: (b, c y d) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa consignada arriba, mencionándose en último lugar la causa básica
b)
Debido a (o como consecuencia de)
c)
Debido a (o como consecuencia de)
d)

II Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado morboso que lo produjo

Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte: a) b) c) d) (años, meses, días, horas, según corresponda)

CIE - 10

3. DATOS DEL PERSONAL DE LA SALUD QUE CERTIFICA LA DEFUNCIÓN

3.1 Documento de identidad — 1. Documento nacional de identidad [x] — 2. Carnet de extranjería [ ] — 3. Pasaporte [ ]

Número: 06742883

3.2 Prenombres: LUIS ENRIQUE

3.3 Primer apellido: LUNA

3.4 Segundo apellido: MERINO

3.5 N° de registro del colegio profesional: 13355

3.6 Médico(a) [x] Obstetra [ ] Enfermero(a) [ ] Otro profesional de la salud [ ] Personal técnico o auxiliar de la salud [ ]

3.7 Sitio y fecha de certificación

Departamento: PI | Provincia: PI | Distrito: PI | Centro poblado: | 20 / 06 / 21 (Día / Mes / Año)

Firma y sello

Dr. Luis E. Luna Merino
Médico Cirujano
CMP. 13355 RNE. 6029

Impresión dactilar del profesional de la salud (Índice derecho)

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE APOYO ... El presente documento es copia fiel del original el cual he tenido a la vista
23 JUN 2021
Sr. Enrique Arellano Fernández FEDATARIO SUPLENTE ART. 136 DE LA LEY N° 27444

7 Causa de la defunción	74 En caso de muerte violenta o causa externa especifique si fue:	1. Suicidio [ ] 2. Homicidio [ ] 3. Accidente de tránsito o transporte [ ] 4. Accidente de trabajo [ ] 5. Otro accidente [ ] 6. En investigación [ ] 9. Ignorado [ ]
	75 Se realizó necropsia al fallecido:	1. Si [ ] 2. No [ ]
8 Muerte de mujer en estado de gestación, parto y puerperio	81 Durante:	1. Embarazo [ ] 2. Parto [ ] 3. Puerperio (hasta 42 días) [ ] 4. Defunción materna tardía (43 días - 364 días) [ ] 9. Ignorado [ ]
	82 Edad gestacional (22 semanas y más)	1. En semanas [ ] 9. Ignorado [ ]
	83 ¿Se realizó control prenatal? 1. Si [ ] 2. No [ ]	84 ¿Cuantos controles? [ ] 85 Tiempo de hospitalización (días) [ ]
9 Datos de la persona que certifica la defunción	91 Prenombres y apellidos:	Luis Enrique Luna Merino
	92 Documento de identidad:	1. Documento nacional de identidad [x] 2. Carnet de extranjería [ ] 3. Pasaporte [ ] Número 06742883
	93 Profesión:	Médico Cirujano — 94 N° de registro del colegio profesional: 13355
	95 Dirección (Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro):	Ayacucho # 1313 — 96 Distrito: Piura — 97 Firma y sello: Dr. Luis E. Luna Merino, Médico Cirujano, CMP. 13355 RNE. 6029

INSTRUCCIONES GENERALES

(*) **Código RENAES**, es el código único de los Establecimiento de Salud y Servicios Médicos de Apoyo, públicos y privados, el cual forma parte del Catálogo Sectorial de "Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo", en cumplimiento de la RM N° 384-2008/MINSA, la cual esta soportado por un aplicativo web, el cual permite al público general acceda a las consulta de datos de los Establecimientos y Salud sin restricción.
http://app12.susalud.gob.pe/views/ConsultaPorCodigoUnico.aspx

a. Para los **casos de fallecimiento en el Domicilio**, el profesional de salud que constata o certifica la muerte entregará el formulario de la defunción al familiar del fallecido para la inscripción en el Registro Civil. Y el informe estadístico será remitido por el Registro Civil al Establecimiento de Salud más cercano o el Establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil más cercano.

b. **Para aquellos casos en que la muerte ocurra en establecimientos** de salud que no cuenten con sistema en línea, el informe estadístico deberá quedarse en el establecimiento de salud para su procesamiento o remitirlo a la Instancia de Salud que realice el procesamiento correspondiente y el Certificado de Defunción se entregará al familiar del fallecido.

c. **El responsable de la certificación** de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta.

d. **El responsable de la Certificación** de la defunción deberá verificar los datos a registrar en la sección "IDENTIFICACIÓN DEL FALLECIDO" con documentos probatorios.

e. **En caso de Muerte Violenta**, Sospechosa o por Causa Externa, el Médico Legista o el médico que designe la autoridad competente también deberá de llenar el presente formulario.

f. **Si la fallecida estuvo embarazada o en estado de puerperio** deberá llenarse además la sección 8.

g. **Está terminantemente prohibido que el Médico u Otro Profesional de Salud** certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.

h. **En caso de desconocerse el sexo o la edad** solicitado en el presente formulario, el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarlos o estimarlos.

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

ACTA DE DEFUNCIÓN

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
El presente documento es copia fiel de su original el cual he tenido a la vista. Doy Fe
30 JUN 2021
Sr. Enrique Armas Fernández
FEDATARIO SUPLENTE
ART. 136 DE LA LEY Nº 27444

FECHA/HORA DE FALLECIMIENTO	**20 DE JUNIO DE 2021 / 16:20 hrs.**
LOCALIDAD	**PIURA / PIURA / CASTILLA (19 01 03 000)**
LUGAR DE OCURRENCIA	**DOMICILIO CALLE AMAZONAS 141**

DATOS	FALLECIDO
Prenombres	FIDELA
Primer Apellido	COTRINA
Segundo Apellido	SUAREZ
Documento de Identidad	DNI/LE 48796471
Edad	87 AÑOS
Nacionalidad	PERUANA
Lugar de Nacimiento	CAJAMARCA / SANTA CRUZ / CATACHE (06 09 02 000)
Padre	
Madre	

FECHA DE REGISTRO	**23 DE JUNIO DE 2021**
OFICINA REGISTRAL	**AMAZONAS / BAGUA / BAGUA (01 02 05 000)**
DECLARANTE	**ELVIS ABSALON HERRERA CASTILLO**
DOCUMENTO DE IDENTIDAD	**DNI/LE 43842353**
REGISTRADOR CIVIL	**POZO CHIPANA, ANA MARIA DEL CARMEN**
DNI	**33561888**
OBSERVACIONES	

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE BAGUA
BAGUA - AMAZONAS
ANA MARIA DEL CARMEN POZO CHIPANA
REGISTRADORA CIVIL PAYNUM AGATSIKAGTIN
DNI Nº /DNI DEKAAPAKE 33561888

Firma del Declarante

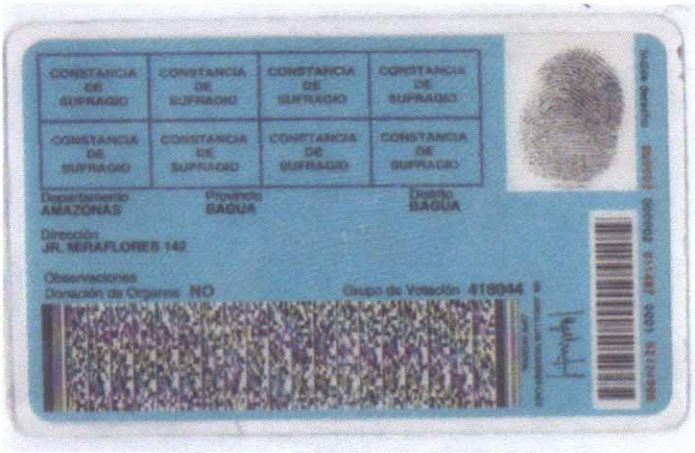
Firma del Registrador

Impresión dactilar

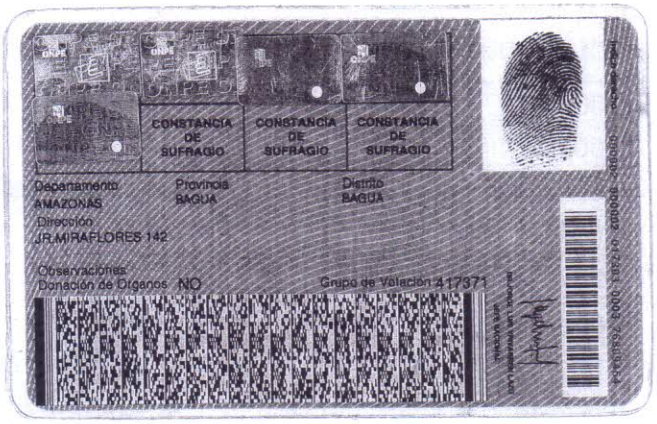
Impresión dactilar

5001136438

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
El presente documento es copia fiel de su original el cual he tenido a la vista. Doy Fe
30 JUN 2021
Enrique Armas Fernández



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE APOYO BAGUA
El presente documento es copia fiel de su original el cual he tenido a la vista. Doy Fe
30 JUN 2021
Sr. Enrique Armas Fernández
FEDATARIO SUPLENTE
ART. 136 DE LA LEY Nº 27444



FUNERARIA CAMPO ETERNO
SILVA OROSCO ROSA AMPARO
JR. 29 DE AGOSTO C 1
BAGUA - BAGUA - AMAZONAS

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA
RUC: 10445068743
EB01-464

Fecha de Vencimiento :
Fecha de Emisión : **29/06/2021**
Señor(es) : **MARIA ANGELICA LOPEZ COTRINA**
DNI : **33563933**
Tipo de Moneda : **SOLES**
Observación : **CORRESPONDE AL FALLECIDO: FIDELA COTRINA SUAREZ. FALLECIO EL 20-06-2021**

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE APOYO BAGUA El presente documento es copia fiel de su original el cual he tenido a la vista. Doy Fe 30 JUN 2021 Sr. Enrique Armas Fernández FEDATARIO SUPLENTE ART. 136 DE LA LEY Nº 27444

Cantidad	Unidad Medida	Descripción	Valor Unitario(*)	Descuento(*)	Importe de Venta(**)	ICBPER
1.00	UNIDAD	ATAUD DE MADERA	1000.00	0.00	1,000.00	0.00
1.00	UNIDAD	MORTAJA	100.00	0.00	100.00	0.00
1.00	UNIDAD	CAPILLA ARDIENTE	200.00	0.00	200.00	0.00
1.00	UNIDAD	CARROZA	200.00	0.00	200.00	0.00

Otros Cargos :	S/0.00
Otros Tributos :	S/0.00
ICBPER :	S/ 0.00
Importe Total :	S/1,500.00

SON: UN MIL QUINIENTOS Y 00/100 SOLES

(*) Sin impuestos.
(**) Incluye impuestos, de ser Op. Gravada.

Op. Gravada :	S/ 0.00
Op. Exonerada :	S/ 1,500.00
Op. Inafecta :	S/ 0.00
ISC :	S/ 0.00
IGV :	S/ 0.00
ICBPER :	S/ 0.00
Otros Cargos :	S/ 0.00
Otros Tributos :	S/ 0.00
Monto de Redondeo :	S/ 0.00
Importe Total :	S/ 1,500.00

Esta es una representación impresa de la Boleta de Venta Electrónica, generada en el Sistema de la SUNAT. El Emisor Electrónico puede verificarla utilizando su clave SOL, el Adquirente o Usuario puede consultar su validez en SUNAT Virtual: www.sunat.gob.pe, en Opciones sin Clave SOL/ Consulta de Validez del CPE.