



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua



**RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II**  
**"Gustavo Lanatta Luján"**

**N° 74-2021-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.**

Bagua, **13 JUL 2021**

**VISTOS:**

El Informe N° 035-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM.

**CONSIDERANDO:**

Con escrito de fecha 27 de abril del 2021, **Lidia De La Cruz Suarez**, nombrada de la Unidad Ejecutora N° 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua, solicita el pago del beneficio por luto y gastos de sepelio por fallecimiento de su padre Marciano Antonio De La Cruz Celis con DNI N° 33563182, acaecido el 15 de abril del 2021, en la provincia de Bagua, departamento de Amazonas.

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

Con Informe N° 035-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM, de fecha 14 de mayo del 2021, la Jefe Remuneraciones, de la Unidad de Gestión y Desarrollo de Recursos Humanos, del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua, informa que le corresponde la suma de S/ 3,000.00 soles (Tres mil y 00/100 soles), a pagar a **Lidia De La Cruz Suarez**, por concepto de **subsidio por Luto**, adjuntando la hoja de cálculo a pagar por dicho concepto.

**II.- BASE LEGAL:**

Con **Decreto Supremo N° 015-2018-SA**, de fecha 12 de julio del 2018, se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado señalando:

**El Artículo 9.3. Entrega económica por luto:** Es la entrega económica que se otorga al personal de la salud al producirse el fallecimiento de:

- Cónyuge o conviviente reconocido/a en la forma prescrita por Ley.
- Hijos/as
- Padres y madres.

La entrega económica por luto se establece y fija en un monto único de Tres Mil y 00/100 Soles (S/ 3 000,00) por cada evento.

**El Artículo 10.3.** Las entregas económicas por 25 o 30 años de servicios efectivos, por sepelio y luto, no tienen carácter pensionable, no están sujetas a cargas sociales, ni forman parte de la base de cálculo para determinación de la compensación por tiempo de servicios, encontrándose afectas al Impuesto a la Renta.

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

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- OTORGAR, Beneficio por Luto y Gastos de Sepelio, a Lidia De La Cruz Suarez**, nombrada de la Unidad Ejecutora N° 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" Bagua, por fallecimiento de su padre Marciano Antonio De La Cruz Celis con DNI N° 33563182, acaecido el 15 de abril del 2021, en la provincia de Bagua, departamento de Amazonas, 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 Luján" Bagua.

**ARTICULO TERCERO.- DAR CUENTA**, de la presente resolución a los órganos internos del Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Luján" 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 Luján" Bagua.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHIVASE**

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

Dr. Miguel A. Guzmán Castañeda  
DIRECTOR EJECUTIVO  
CMP 37487 PNE/25043



MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
TRAMITE DOCUMENTARIO  
**RECIBIDO**

22 JUN 2021

Folio: 7 Doc.:  
Exp.: Hora: 12:59 P  
Firma: H

SOLICITO: LICENCIA POR MATERNIDAD

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
**PERSONAL**

25 JUN 2021

FOLIOS.....  
HORA.....  
FIRMA.....

SEÑOR : DR. MIGUEL ANGEL GUZMAN CASTAÑEDA  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE APOYO II BAGUA

ATENCIÓN : OFICINA DE RECURSOS HUMANOS RED DE SALUD BAGUA

**ISSADORA ORE NUÑEZ**, Técnica en Enfermería, nombrada del Hospital de Apoyo II Bagua, identificada con DNI N° 40833377, con domicilio legal en Av. Manuel Seoane S/N - Sector La Primavera - Bagua; ante Ud. respetuosamente expongo:

Que, cuento con el Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo, emitido por el Hospital I Héroes Del Cenepa - BAGUA, con numero A-154-00010702-21, donde se me concede el subsidio por maternidad, la suma total de 98 días a partir del 22/06/2021 al 27/09/2021, estando de conformidad con la Ley N° 30367, establece el derecho de la trabajadora gestante gozar de 49 días de descanso prenatal y 49 días de descanso post natal. El goce de descanso prenatal podrá ser diferido, parcial o totalmente y acumulando por el post natal a decisión de la trabajadora gestante. Tal decisión deberá ser comunicada al empleador con una antelación no menor de 02 meses a la fecha probable de parto, en concordancia con el supremo N° 002-2016-TR, que modifica al Reglamento de la Ley 26644, Ley de Seguridad Social, que establece el derecho de descanso prenatal y post natal de la trabajadora gestante. Estableciendo que Essalud disponga del pago de los 98 días del subsidio.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted señor Director Del Hospital de Apoyo II - Bagua, acceder a mi petición por ser de irrestricto derecho que espero alcanzar.

ANEXOS:

- Adjunto original de CITT.

Bagua, 22 de Junio del 2021.

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
**PROVEIDO - DIRECCION**

PROVEIDO N°: [Handwritten Signature]  
PASE A: [Handwritten Signature]  
PARA: [Handwritten Signature]  
FECHA: [Handwritten Signature]  
FIRMA: [Handwritten Signature]

Atentamente,

*[Handwritten Signature]*  
ISSADORA ORE NUÑEZ  
DNI N° 40833377  
Técnica en Enfermería

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
**PROVEIDO PERSONAL**

PROVEIDO N°: [Handwritten Signature]  
PASE A: [Handwritten Signature]  
PARA: [Handwritten Signature]  
FECHA: Bagua, [Handwritten Signature]  
FIRMA: [Handwritten Signature]



Firmado digitalmente por:  
 VILLASIS SALAZAR Roberto  
 Enrique FAU 20131257750 hard  
 Motivo: Soy el autor del  
 documento  
 Fecha: 22/06/2021 10:30:42-0500

Formulario 8003 - I

USUARIO

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

EE.SS: 154 - H.I HEROES DEL CENEP  
 CITT No. : **A-154-00010702-21**

Acto Medico: 222093  
 Servicio: C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre Asegurado: ORE NUÑEZ ISSADORA  
 Doc. de Identidad: D.N.I. 40833377  
 Autogenerado: 8101090OENEI000

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA  
 Contingencia: MATERNIDAD  
 Med. Control:  
 F. Prob. de Parto: 23/06/2021

**PERIODO INCAPACIDAD**

Fecha de Inicio: 22/06/2021  
 Fecha Fin: 27/09/2021  
 Total de Dias: 98  
 F. de Otorgamiento: 22/06/2021

**DIAS ACUMULADOS**

PP.SS. Tratante MEDICO 62475  
 VILLASIS SALAZAR ROBERTO  
 RUC: 20479568627

**OBSERVACIONES**

Usuario: VILLASIS SALAZAR ROBERTO ENRIQUE  
 Fecha: 22/06/2021 Hora: 10:28:58

*Roberto Villasís Salazar*  
 MEDICO GINECO OBSTETRA  
 CMP. 62475  
 HOSPITAL HEROES DEL CENEP - BAGUA  
 EsSalud

MINISTERIO DE SALUD  
 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
 HOSPITAL DE APOYO BAGUA

**PROVEIDO - DIRECCION**

NOVEDAD: *Pray*

FECHA: *27/06/21*

Atentamente,  
*Issadora Ore Nunez*  
 ISSADORA ORE NUNEZ  
 DNI N° 40833377  
 Técnica en Enfermería

MIN GOB HE  
**PROVE**

PROVEIDO N°  
 PAGE A:  
 PARA:  
 FECHA: Bagua,  
 FIRMA:

Bagua,



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital "Gustavo Lanatta Luján" de Bagua



## RESOLUCIÓN DIRECTORAL HOSPITAL DE APOYO II

"Gustavo Lanatta Lujan"

N° 174-2021-GOB.REG.AMAZONAS-HA-GLL-B/D.E.

Bagua,

VISTOS:

El Informe N° 035-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM.

13 JUL 2021

CONSIDERANDO:

Con escrito de fecha 27 de abril del 2021, Lidia De La Cruz Suarez, nombrada de la Unidad Ejecutora N° 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua, solicita el pago del beneficio por luto y gastos de sepelio por fallecimiento de su padre Marciano Antonio De La Cruz Celis con DNI N° 33563182, acaecido el 15 de abril del 2021, en la provincia de Bagua, departamento de Amazonas.

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

Con Informe N° 035-2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB.REM, de fecha 14 de mayo 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 Lidia De La Cruz Suarez, por concepto de subsidio por Luto, adjuntando la hoja de cálculo a pagar por dicho concepto.

### II.- BASE LEGAL:

Con Decreto Supremo N° 015-2018-SA, de fecha 12 de julio del 2018, se aprueba el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1153, que regula la Política Integral de Compensaciones y Entregas Económicas del Personal de la Salud al Servicio del Estado señalando:

**El Artículo 9.3. Entrega económica por luto:** Es la entrega económica que se otorga al personal de la salud al producirse el fallecimiento de:

- Conyuge o conviviente reconocido/a en la forma prescrita por Ley.
- Hijos/as
- Padres y madres.

La entrega económica por luto se establece y fija en un monto único de Tres Mil y 00/100 Soles (S/ 3 000,00) por cada evento.

**El Artículo 10.3.** Las entregas económicas por 25 o 30 años de servicios efectivos, por sepelio y luto, no tienen carácter pensionable, no están sujetas a cargas sociales, ni forman parte de la base de cálculo para determinación de la compensación por tiempo de servicios, encontrándose afectas al Impuesto a la Renta.

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 Lidia De La Cruz Suarez, nombrada de la Unidad Ejecutora N° 403-Hospital de Apoyo "Gustavo Lanatta Lujan" Bagua, por fallecimiento de su padre Marciano Antonio De La Cruz Celis con DNI N° 33563182, acaecido el 15 de abril del 2021, en la provincia de Bagua, departamento de Amazonas, 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 ARCHIVASE

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

Dr. Miguel A. Guzmán Castañeda  
DIRECTOR EJECUTIVO  
D.M.P. 3740 R.N.E. 25942





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

**INFORME N° 035- 2021-GOB.REG.AMAZONAS/HAB-REM.**

**A :** ABOG. DIEGO HUMBERTO MARTINEZ BERMEO  
Jefe de Oficina Recursos Humanos del HAB

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

**Referencia :** Solicitud de subsidio por fallecimiento y gasto de sepelio.

**Fecha :** Bagua, 14 de Mayo del 2021.



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
DE LA CRUZ SUAREZ LIDIA	DE LA CRUZ CELIS MARCIANO ANTONIO	15/04/2021

El trabajador, es personal asistencial, encontrándose dentro de los alcances del Decreto legislativo N° 1153 a partir de setiembre del 2013 y según D.S N° 015-2018-SA, Art. 9, Inciso 9.3 **se reconoce la suma de S/ 3,000.00 soles**, al personal de la salud por el fallecimiento su conyugue.

**Adjunto acta de defunción y comprobante de venta.**

En resumen por concepto de luto le corresponde el monto de S/. 3,000.00 (Tres mil soles y 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,

GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA  
*(Signature)*  
Téc. Cont. Greysi Shoany Quintana Cayao  
RESPONSABLE DE REMUNERACIONES



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

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

RECEPCION - PERSONAL

29 ABR 2021

HORA: ..... FOLIOS: .....

FIRMA: *[Firma]*

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

TRATAMIENTE DOCUMENTARIO

RECIBIDO

27 ABR 2021

Folio: *5* Doc: .....

Exp: ..... Hora: *11.59*

Firma: *[Firma]*

Señor Doctor:

Miguel Ángel Guzmán Castañeda

Director del Hospital de Apoyo Gustavo Lanatta Lujan- Bagua

Presente. -

Lidia De la Cruz Suarez, identificada con DNI N°33567192, DE Profesión Obstetra con domicilio sito en el Av. HEROES Del Cenepa N°704 de esta ciudad de Bagua a usted respetuosamente digo.

La recurrente, reclamar un derecho que por LEY me corresponde esto es el pago de la entrega económica por LUTO, por el fallecimiento de mi padre Marciano Antonio De la Cruz Celis, ocurrido el día 15 de abril del año 2021, derecho que me corresponde por cuanto tengo la condición de servidor por nombrada.

Que el decreto supremo N°015-2018-SA, de fecha 13 de julio del 2018, reglamento del decreto legislativo N°1153, establece lo siguiente:

9.3. Entrega Económica por luto:

Es la entrega económica que se otorga al personal de la salud al producirse el fallecimiento de:

- Cónyuge o conviviente reconocido/a en la forma prescrita por LEY.
- Hijos/as.
- Padres y Madres.

La entrega económica por luto se establece y fija en un monto único de tres mil y00/100 nuevos soles (3000,00) por cada evento.

Sin otro particular me suscribo de usted, expresando las muestras de mi consideración y esperando ser atendido lo pronto posible por ser de justicia.

Adjunto:

Copia de Certificado de Defunción.

Copia de DNI de mi Padre Fallecido.

Copia de DNI de mi Persona.

Copia de mi última Boleta de Pago donde Acredito mi condición de nombrada.

Atentamente,

*[Firma]*

Lidia De la Cruz Suarez

DNI N°33567192

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

PROVEIDO PERSONAL

PROVEIDO N° .....

PASE A: *Remuneraciones*

PARA: .....

FECHA: *Bagua*

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS  
HOSPITAL DE APOYO BAGUA

PROVEIDO - DIRECCION

PROVEIDO N° .....

PASE A: *RR. H.N.*

FARA: *su Atencion correspondiente*

FECHA: *27-04-2021*

FIRMA: *[Firma]*



CON ESTE DOCUMENTO SE DEBE SOLICITAR LA INSCRIPCION EN CUALQUERA DE LAS OFICINAS DE REGISTRO DE ESTADO CIVIL DENTRO DE LAS 48 HORAS POSTERIORES AL FALLECIMIENTO

CERTIFICADO DE DEFUNCION

El que suscribe certifica que atendió al difunto en su última enfermedad  ó únicamente constató la defunción   
Nombres y apellidos del fallecido Marciano Antonio Dela Cruz Celis sexo: Hombre  Mujer   
Edad 80 Documento de identidad: DNI N° 33563183 Fecha de fallecimiento: el día 15 del mes de: Abril del año 2021 a las 17:00 horas, Ocurrido en: Jr. Heroes del Cerropa 704  
Localidad (Urb./A.A./H.H./P.P./J.J., Casero/Otro) Distrito Baños  
Provincia de Baños Departamento Amazonas  
La causa básica de muerte: NEUMONIA  
Nombres y apellidos del que certifica la defunción Juan Roberto Chacha Imple Colegiatura 4582 servimedico ISR  
Lugar y fecha de certificación Baños, 15 de Abril 2021 Firma y sello

Archivase en la Oficina de Registro Civil

INFORME ESTADISTICO DE LA DEFUNCION (Solo para uso estadístico)

2. Identificación del fallecido

1 Oficina de Registro Civil (para ser llenado por el registrador)	11. Departamento:	21. Nombres:	Tipo de Documento de Identidad 1 = DNI 2 = Libreta Militar 3 = Carné FFAA/PNP 4 = Pasaporte 5 = Carné Extranjería 6 = Partida de Nacimiento 7 = Otro
	12. Provincia:	22. Primer Apellido (Paterno):	
	13. Distrito:	23. Segundo Apellido (Materno):	
	14. Localidad:	24. Apellido de Casada:	
3 Datos del Fallecido	15. Libro N°	16. Acta N°	25. Documento de Identidad Número
	17. Fecha: (dd/mm/aaaa)	31. Sexo: 1. Hombre <input checked="" type="checkbox"/> 2. Mujer <input type="checkbox"/> 3. Indeterminado <input type="checkbox"/>	32. Estado conyugal / marital: Conviviente Casado(a) <input checked="" type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Ign. <input type="checkbox"/>
	32. Edad: <u>80</u>	33. Nivel de Instrucción: Ningún nivel / letrado <input type="checkbox"/> Inicial / Pre-escolar <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Completa <input type="checkbox"/> Secundaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria <input checked="" type="checkbox"/> Incompleta <input type="checkbox"/> Ignorado <input type="checkbox"/>	34. Ocupación: Trabajaba: 1. Si <input checked="" type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/> 3. Ign <input type="checkbox"/> 33. En que: <u>Paradero</u>
4 Residencia Habitual del Fallecido	41. País: <u>Peru</u>	46. Dirección de la residencia habitual del fallecido: <u>Jr. Heroes del Cerropa</u> Jr./Calle/Av./Pse./Mza./Otro	
	42. Departamento: <u>Amazonas</u>	<u>704</u> Nro./Interior/Lote	
	43. Provincia: <u>Baños</u>	Urb./A.A./H.H./P.P./J.J./Casero/Otro	
	44. Distrito: <u>Baños</u>		
	45. Localidad:		
5 Lugar, Fecha y hora de Fallecimiento	51. Departamento: <u>Amazonas</u>	56. Fecha: (dd/mm/aaaa) <u>15/04/2021</u>	Hora: (de 0 a 24 hrs) <u>17:00</u>
	52. Provincia: <u>Baños</u>	57. Sitio de ocurrencia: 1. Establecimiento de salud <input type="checkbox"/> Institución: MINSALUD <input type="checkbox"/> EsSALUD <input type="checkbox"/> FFAA Y PNP <input type="checkbox"/> Nombre del Establecimiento: <input type="checkbox"/>	
	53. Distrito: <u>Baños</u>	Privado <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>	
	54. Localidad:	2. Domicilio <input checked="" type="checkbox"/> 3. Centro de Trabajo <input type="checkbox"/> 4. Vía pública <input type="checkbox"/> 5. Otro <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>	
	55. Dirección: <u>Heroes del Cerropa</u> Jr./Calle/Av./Pse./Mza./Otro		
6 Causa de la defunción	61. Certificado por: 1. Médico <input checked="" type="checkbox"/> 2. Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> 3. Otro <input type="checkbox"/>		
	62. El que certifica declara: 1. Habiendo atendido al difunto en su última enfermedad <input checked="" type="checkbox"/> 2. Sin haberlo atendido <input type="checkbox"/>		
	63. Causa de la defunción		
	a) <u>Distonía Multifásica</u> Debió a (o como consecuencia de)	Intervalo aproximado entre el comienzo de la enfermedad y la muerte	
b) <u>Insuficiencia Respiratoria</u> Debió a (o como consecuencia de)			
c) <u>NEUMONIA</u> Debió a (o como consecuencia de)			
d) <u>Diabetes Mellitus tipo 2</u> Debió a (o como consecuencia de)			

DECLARACION JURADA DE REGISTRO

PARA SER ANOTADO POR EL DECLARANTE O EN SU DEFECTO POR EL REGISTRADOR CIVIL



IMPRESION DIGITAL DEL DECLARANTE

Nombres y Apellidos del fallecido: MARCIANO ANTONIO DE LA CRUZ CELIS de sexo M  
 Tipo de Doc. Ident.: DNI N° 33563183 Domicilio AV. HEROES DEL CENEPA  
N° 704 de 80 AÑOS de edad, fallecido el 15 de ABRIL de 2021 a las 17:00 horas  
 Nombres y Apellidos del Padre: \_\_\_\_\_  
 Nombres y Apellidos de la Madre: \_\_\_\_\_  
 Nombres y Apellidos del(a) Conyuge: CARMEN SUAREZ VENTURA  
 Nombres y Apellidos del Declarante: GREGORIA DE LA CRUZ SUAREZ  
 Domicilio del Declarante: AV. PRINCIPAL 704 - BAGUA  
 Documento de Identidad: DNI N° 33589616 Firma del declarante: \_\_\_\_\_

Corta aquí →

6	Causa de la defunción	64. En caso de muerte violenta o Causa Extrema especifique si fue: 1. Suicidio <input type="checkbox"/> 2. Homicidio <input type="checkbox"/> 3. Accidente de transito o transporte <input type="checkbox"/> 4. Accidente de trabajo <input type="checkbox"/> 5. Otro accidente <input type="checkbox"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>						
		65. Se realizó autopsia al fallecido: 1. Si <input type="checkbox"/> 2. No <input type="checkbox"/>						
7	Datos de la persona que certifica la defunción	71. La persona que llena estos datos es: Médico <input checked="" type="checkbox"/> Otro profesional de salud <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>						
		72. Nombre y apellido: <u>Juan Roberto Chache Orzales</u>						
		73. DNI: <u>26723162</u>		74. Profesión: <u>Médico</u>		75. N° de Colegio Profesional: <u>955211</u>		
		76. Dirección: <u>Pol. Marciano Celis</u> <small>Jr. / Calle / Av. / Psj. / Mza. / Otro</small>			77. Distrito: <u>Bagua</u>		78. Firma y Sello: <u>Servimedico ISR</u>	
8	Muerte de Mujeres asociadas a Gestación parto y Puerperio	81. Durante: 1. Embarazo <input type="checkbox"/> 2. Parto <input type="checkbox"/> 3. En el Puerperio (hasta 42 días) <input type="checkbox"/> 4. Defunción materna Tardia (43 días - 364 días) <input type="checkbox"/> 9. Igno.ado <input type="checkbox"/>				82. Edad gestacional (22 semanas y más) 1. En semanas <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 9. Ignorado <input type="checkbox"/>		

INSTRUCCIONES GENERALES

- El informe estadístico debe ser remitido a través del Registro Civil al Establecimiento de Salud mas cercano ó el establecimiento de Salud podrá recogerlo directamente del Registro Civil mas cercano.
- El Responsable de la Certificación de la defunción deberá llenar todas las variables contenidas en el presente formulario con letra clara o imprenta.
- En caso de Muerte Violenta, Sospechosa o por Causa Externa, el medico legista ó el médico que designe la autoridad competente tambien deberá llenar el presente formulario.
- Si la fallecida estuvo embarazada o en estado puerperio deberá llenarse además le sección 8.
- Esta terminantemente prohibido que el médico u otro profesional de salud certifique la defunción de los familiares directos o personas que están bajo su dependencia.
- En caso de desconocerse el sexo o la edad solicitando en el presente formulario el responsable de la certificación deberá hacer todo el esfuerzo necesario para conjeturarios o estimarios.
- PARO CARDIACO NO ES UNA CAUSA BASICA DE MUERTE, SOLO ES UN MODO DE MORIR.



6

**MINISTERIO DE SALUD**

UNIDAD EJECUTORA 403 - HOSPITAL DE APOYO - BAGUA  
AV. HEROES DEL CENEP N° 980 - TELF. 471159 - 471453

DE LA CRUZ SUAREZ LIDIA

RUC:20479568627

CARGO:OBSTETRA I

NIV: 1 FP:MAR 2021 N:1-0022A

C.E.:SIN CARGO ESTRUCT/ESPE PLZ:134800 REGIMEN: 1 - O.N.P. - DL 19990

COND:NOMB. ASISTEN. D.LEY 19990-CAD C. ESSA.:7007160CZSRLO04 LP: 0

U.ORG:HOSPITAL APOYO BAGUA DNI:33567192 FN:70-07-16 LS: 0

U.EJEC:440-403 REGION AMAZONAS - HOSP MS:1101-0088 FI:10-08-01 HU: 0

\*INGRESOS : B.COMPL. 12 444,00

\*DESCUENTOS : IM.5TA.R 1 341,00

\*APORTACIONES :

UNIDAD EJECUTORA 403  
HOSPITAL DE APOYO - BAGUA



ING 12 444,00 EGR -1 341,00 LIQ S/. 11 103,00

**MINISTERIO DE SALUD**

UNIDAD EJECUTORA 403 - HOSPITAL DE APOYO - BAGUA  
AV. HEROES DEL CENEP N° 980 - TELF. 471159 - 471453

DE LA CRUZ SUAREZ LIDIA

RUC:20479568627

CARGO:OBSTETRA I

NIV: 1 FP:MAR 2021 N:1-

C.E.: PLZ:134800 REGIMEN: 1 - O.N.P. - DL 19990

COND:NOMB. ASISTEN. D.LEY 19990-CAD C. ESSA.:7007160CZSRLO04 LP: 0

U.ORG:HOSPITAL APOYO BAGUA DNI:33567192 FN:70-07-16 LS: 0

U.EJEC:440-403 REGION AMAZONAS - HOSP MS:1101-0015 FI:10-08-01 HU: 0

\*INGRESOS : VPRI-65% 2 173,60 VPRI-35% 1 170,40

B.CRITIC 300,00 B.ESPECI 650,00 GRDIA H. 1 344,00

\*DESCUENTOS : CAJA PEN 282,58 IM.5TA.R 335,00

C.OBSTET 15,00 BPICHINC 1 294,14

\*APORTACIONES : A/ESSALU 195,62 A/SCTOA 13,26

A/SCTRES 13,69

UNIDAD EJECUTORA 403  
HOSPITAL DE APOYO - BAGUA



ING 5 638,00 EGR -1 926,72 LIQ S/. 3 711,28