

Declaración Jurada de Gastos por Servicios Realizados en lugares donde no se emite comprobantes de pago

(Se recomienda escribir con letra imprenta y que sea legible)

Fecha: ____ - ____ - ____
(dd/mm/aaaa)

Señores del Seguro Integral de Salud - SIS

Yo _____
(Nombres y Apellidos del beneficiario, se recomienda escribir con letra imprenta y que sea legible)

Identificado con: (marcar con X): DNI o Carnet de Extranjería N°: _____ con fecha de nacimiento: ____ - ____ - ____
(dd/mm/aaaa)

con domicilio actual en: _____

Referencia domiciliaria: _____
(Indicar con claridad cómo llegar al domicilio para verificar la dirección del beneficiario, se recomienda escribir con letra imprenta y que sea legible)

Distrito: _____ Provincia: _____ Departamento: _____

con número(s) telefónico(s) fijo: _____ celular: _____ correo electrónico: _____
(para comunicar alguna observación)

DECLARO BAJO JURAMENTO HABER REALIZADO EL GASTO DE SEPELIO DE QUIEN EN VIDA FUE:

ASEGURADO

SIS FALLECIDO:

Nombres	Apellido paterno	Apellido materno	
Fecha de Fallecimiento: ____ - ____ - ____	Tipo de Documento: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE	Nº de Documento: _____	Código de Afiliación: _____

Siendo los gastos de sepelio, realizados en la localidad de, _____
distrito _____, provincia _____, departamento _____

Por prestadores de servicios que no emiten comprobantes de pago, de acuerdo al siguiente detalle:

Monto S/.

- ATAÚD. _____
- CAPILLA ARDIENTE. _____
- MORTAJA. _____
- TRASLADO DEL FALLECIDO AL CEMENTERIO. _____
- NICHO o SEPULTURA. _____
- CREMACIÓN. _____
- TOTAL. _____

Asimismo, declaro bajo juramento, que soy responsable de la veracidad de la información vertida en la presente declaración jurada y documentación de sustento, sometiéndome a las disposiciones establecidas en el TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, Código Civil y/o Penal, según corresponda.

Para mayor conformidad, firman las partes la presente declaración jurada, a los Días del mes de del año



Huella Digital
Índice derecho



Huella Digital
Índice derecho

Firma de quien realizó el Servicio
Nombres y Apellidos: _____
DNI () o CE () N°: _____

Firma del Beneficiario
Nombres y Apellidos: _____
DNI () o CE () N°: _____