MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

N° 296 -10-UP-HCLLH-23/MINSA

REPÚBLICA DEL PERÚ

Resolución Administrativa

Puente Piedra, 25 de octubre del 2023

Visto:

El Expediente N° 6086, que contiene el Memorándum N° 525-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA de fecha 03 de octubre del 2023, la servidora nombrada MILAGRITOS ERNESTINA PINILLOS YBAÑEZ que solicita Licencia Sin Goce de Haberes por motivos particulares, y;

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con el Decreto Supremo N" 005-90-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N°276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Capítulo IX.- De los Derechos de los Servidores - Artículo 110.- Las licencias a que tienen derecho los funcionarios y servidores son: Inciso b) Sin goce de remuneraciones: - Por motivos particulares, la misma que en los Artículos 115" y 117", establece las condiciones para el otorgamiento de Licencia por motivos particulares sin goce de haberes;

Que, mediante Expediente N° 6086, que contiene el Memorándum N° 0525-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA de fecha 03 de octubre del 2023, la servidora MILAGRITOS ERNESTINA PINILLOS YBAÑEZ, personal nombrado bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 276, con el cargo de Asistente Administrativo Nivel STA de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz", quien solicita hacer uso de la Licencia Sin Goce de Remuneraciones por motivos particulares, derecho que ejercerá a partir del 05 al 11 de octubre del 2023, por siete (07) días;

Que, mediante Memorándum N° 0525-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA emitido por la Jefa de la Unidad de Docencia e Investigación informa respecto a la Licencia Sin Goce de Remuneraciones para la servidora nombrada MILAGRITOS ERNESTINA PINILLOS YBAÑEZ a partir del 05 al 11 octubre del 2023 (07 días);

Que, mediante Informe N° 192-10/2023-ETGE-CA-UP-HCLLH/MINSA, el integrante del Equipo de Gestión del Empleo informa que mediante el Memorándum N° 0525-08/2023-UADI, la Jefa de la Unidad de Docencia e Investigación autoriza y aprueba la Licencia Sin Goce de Remuneraciones por motivos particulares por el plazo de 07 días, contabilizándose desde el 05 al 11 de octubre del año 2023;

En uso de las facultades conferidas por el artículo 8 literal c) del Reglamento de Organización y Funciones del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz", aprobado mediante Resolución Ministerial N° 463-2010/MINSA y la Resolución Ministerial 026-2023/MINSA; Articulo 12 numeral 12.2, la misma que delega facultades y atribuciones para la expedición de resoluciones sobre acciones de Personal entre otros la Licencias y Permisos.

Que, de acuerdo con la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General, que precisa que se podrá disponer en el mismo acto administrativo tenga eficacia anticipada al ser más favorable a la administrada, la misma que no lesiona derechos fundamentales o intereses de buena fe legalmente protegidos a terceros, existiendo el hecho justificativo debidamente fundamentado y sustentado;

Con el Visto bueno del Equipo de Trabajo de Gestión del Empleo de la Oficina de Personal del Hospital Carlos Lanfranco La Hoz;

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- CONCEDER la Licencia Sin Goce de Remuneraciones por motivos particulares a doña **MILAGRITOS ERNESTINA PINILLOS YBAÑEZ** servidora Pública Nombrada con el cargo de Asistente Administrativo Nivel STA, de la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz" en el periodo comprendido del **05 al 11 octubre del 2023 (07 días)** calendarios la misma que no será computable en su tiempo de servicio.

Artículo 2°.- DISPONER la publicación de la presente Resolución en la página web de la institución, conforme a las normas de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Regístrese, Comuníquese y Publíquese;

PERÚ | MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE PERSONAL

Lic. Adm. María Villavicencio Chacaltana
JEFA DE LA UNIDAD DE PERSONAL

MVCH/CYER/amjc.
C.c. Interesado (1)
CC. Unidad de Estadística, Informática y Telecomunicaciones
-C.c. Unidad de Personal (1)
-C.c. Gestión del Empleo (2)
-C.c. Gestión de las Compensaciones (1)
-C.c. Archivo

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

INFORME Nº 192 -10/2023-ETGE-CA-UP-HCLLH/MINSA

A : **LIC. ADM. MARIA DEL CARMEN VILLAVICENCIO CHACALTANA**
Jefe de la Unidad de Personal
Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

Asunto : Licencia sin Goce de Haberes de servidora nombrada

Referencia : Memorándum N° 0525-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA

Fecha : Puente Piedra, 20 de octubre del 2023.

PERÚ
25 OCT 2023
Nº DE EXPEDIENTE
HORA ..... FIRMA .....
RECIBIDO

Por medio del presente me dirijo a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al documento de la referencia con respecto a la Licencia sin goce de remuneraciones de la servidora nombrada Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez informarle lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

1.1 Solicitud S/N Expediente 1575, Solicitud presentada por la servidora nombrada Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez

1.2 Decreto Supremo N° 005-90-PCM del Reglamento de la Carrera Administrativa.

1.3 Resolución Administrativa N° 095-05/2023-HCLLH/SA, que aprueba el Reglamento Interno de los Servidores Civiles del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz".

II. ANALISIS:

2.1 Que de acuerdo al Decreto Supremo N° 005-90-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N°276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Capítulo IX.- De los Derechos de los Servidores -Artículo 110.-Las licencias a que tienen derecho los funcionarios y servidores son: Inciso b) Sin goce de remuneraciones: - Por motivos particulares, la misma que en los Artículos 115" y 117", establece las condiciones para el otorgamiento de Licencia por motivos particulares sin goce de haberes.

2.2 De acuerdo, con el artículo 41° del Reglamento Interno de los Servidores Civiles del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz" con respecto a la sustentación de solicitud de licencia por motivos particulares, manifiesta que debe ser presentada por escrito ante el/la responsable del órgano o unidad orgánica en que presta labores, a fin que se evalué si no afecta la cobertura del servicio y emita su conformidad, de corresponder; lo cual debe ponerse en conocimiento de la Unidad de Personal para que, mediante resolución autorice la referida solicitud, conforme a las normas que rijan el régimen laboral al cual se encuentra vinculado el/la servidor/a. La licencia, una vez otorgada, solo puede ser modificada o revocada previa solicitud efectuada por el/la servidor/a, o como consecuencia de destitución.

2.3 Que, mediante la Solicitud de fecha 03 de octubre del 2023 la servidora nombrada Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez con el cargo de Asistente Administrativo Nivel STA el cual solicita Licencia Sin goce de remuneraciones por motivos particulares por 07 días partir del 05 al 11 de octubre del 2023.

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE PERSONAL
Equipo de trabajo de Gestión del Empleo
C. ELIAS

2.4 Asimismo con MEMORANDUM N° 0525-08/2023-UEIT-HCLLH/MINSA la jefa de la Unidad de Docencia e Investigación, AUTORIZA la solicitud presentada por la servidora en mención líneas arriba con respecto a la licencia sin goce de remuneraciones la cual regirá a partir del 05 al 11 de octubre del 2023, **contabilizándose 07 días calendarios.**

III. CONCLUSIONES:

3.1 Se determina que, de acuerdo al Decreto Supremo N° 005-90-PCM, Reglamento del Decreto Legislativo N°276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público, Capítulo IX.- De los Derechos de los Servidores - Artículo 110.-Las licencias a que tienen derecho los funcionarios y servidores son: Inciso b) Sin goce de remuneraciones: - Por motivos particulares, la misma que en los Artículos 115" y 117", establece las condiciones para el otorgamiento de Licencia por motivos particulares sin goce de haberes.

3.2 En ese sentido, contando con la aprobación de la jefa de la Unidad de Docencia e Investigación es procedente conceder la licencia sin goce de remuneraciones a la servidora nombrada **Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez con el cargo de Asistente Administrativo** Nivel STA por motivos particulares a partir del 05 al 11 de octubre del 2023, **contabilizándose 07 días calendarios.**

3.3 Es pertinente proyectar el acto resolutivo para el V°B con respecto a la Licencia sin Goce de Remuneraciones y asimismo seguir con la secuencia correspondiente para la firma del Jefe de la Unidad de Personal.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a usted.

Atentamente,

PERU Ministerio de Salud | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE PERSONAL

Bach. Adm. Carmen Yessica Elías Rodríguez
JEFA DE EQUIPO DE TRABAJO
DE GESTIÓN DEL EMPLEO

CYER/amjc.
C.c.-Archivo

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz UNIDAD DE PERSONAL

HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

HOJA DE ENVÍO DE LA UNIDAD DE PERSONAL

REGISTRO DE LA UNIDAD DE PERSONAL Nº 6086

PASE A:	PARA:	FECHA:	REMITIDO POR:
ETGE	6	17/10/2023	
Andrea	2.6	19.10.23	

MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE PERSONAL Equipo de Trabajo de Gestión del Empleo

1. APROBACIÓN
2. ATENCIÓN
3. SU CONOCIMIENTO
4. OPINIÓN
5. INFORME
6. POR CORRESPONDERLE
7. PARA CONVERSAR
8. ACOMPAÑAR ATENCIÓN
9. SEGÚN LO SOLICITADO
10. TOMA NOTA Y DEVOL.
11. ARCHIVAR
12. ACCIÓN INMEDIATA
13. PREPARAR. CONTESTAC.
14. PROYECTO RESOLUCIÓN
15. VER OBSERVACIONES

Observaciones: Proyectar RD.

IMPRENTA HCLLH

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Memorándum N° 0525-08/2023-UADI-HCLLH/MINSA

A	:	**Lic. Adm. María Villavicencio Chacaltana** Jefe de la Unidad de Personal Hospital Carlos Lanfranco La Hoz
ASUNTO	:	**Licencia sin Goce de Haber**
REFERENCIA	:	Exp: N° 1575
LUGAR Y FECHA	:	Puente Piedra, 03 de octubre de 2023

Por medio del presente me dirijo a usted, para saludarle cardinalmente y de acuerdo al documento de referencia, informarle que la jefatura no tiene ningún inconveniente que la **Lic. Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez** sobre su solicitud de Licencia sin Goce de Haber a partir del 05 a 11 de octubre, para realizar la repatriación de los restos de su hija que falleció el 23 de setiembre del 2023 en Barcelona – España.

Es todo cuanto informe a usted. Para su conocimiento y demás fines.

Atentamente,

PERU Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ GESTIÓN DEL EMPLEO
CONTROL Y ASISTENCIA
19 OCT. 2023
Nº EXPEDIENTE: ..... FIRMA: .....
HORA: 3:56pm
RECIBIDO

Ministerio de Salud | Red de Servicios de Salud | Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Unidad de Personal
EQUIPO DE GESTIÓN DEL EMPLEO
18 OCT. 2023
Hora 12:54 Firma
RECIBIDO

PERÚ Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ UNIDAD DE PERSONAL
17 OCT 2023
Nº DE EXPEDIENTE: .....
HORA 15:04 FIRMA .....
RECIBIDO

LSE/lhh
C.c.
Archivo

MINISTERIO DE SALUD | DISA V LIMA CIUDAD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE APOYO A LA DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
03 OCT. 2023
Nº Expediente: 1575
Hora: 10:04 Firma:
RECIBIDO

"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

SOLICITO: Licencia sin goce de haber por 6 días.

SEÑORA JEFE DE LA UNIDAD DE DOCENCIA E INVESTIGACION DEL HOSPITAL "CARLOS LANFRANCO LA HOZ"

S.J.UADI.

Yo, **MILAGRITOS ERNESTINA PINILLOS YBAÑEZ,** identificada con **DNI. Nº 10413331**, Personal Nombrado del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz" con el cargo de Asistente Administrativo, de Nivel (STA) laborando actualmente en la Institución con más de 38 años de servicios y me encuentro laborando en la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación, con domicilio en la Urb. Ciudad del Pescador Mz.P1 lote 8, en el distrito de Bellavista – Callao; ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo:

Que, teniendo que realizar los trámites pertinentes para poder realizar la repatriación de los restos de mi hija que falleció el 23 de setiembre 2023 en Barcelona en el país de España; debiéndose ser repatriados para el día 11 de octubre, razón por la cual me veo obligada a presentar mi Licencia sin goce de haber a partir del 05 al 11 de octubre días donde podré dar el último adiós a mi difunta hija; ya que aún me encuentro en España.

Por lo tanto:
Pido a Ud. Señora Jefe de la Unidad de Docencia e Investigación acceder a mi solicitud por ser de justicia y equidad.

Puente Piedra, 03 de octubre del 2023

.....
MILAGRITOS E. PINILLOS YBAÑEZ
DNI. 10413331

Se adjunta:

- DNI
- Acta Defunción

OMC ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA | CONSEJO GENERAL DE COLEGIOS OFICIALES DE MÉDICOS

CERTIFICADO MÉDICO DE DEFUNCIÓN
CERTIFICAT MÈDIC DE DEFUNCIÓ

https://certificados.cgcom.es

YUJ4GYWM6Y

Id. electrónico/*Id. electrònic*

Colegio de / *Col·legi de*

Sello/*Segell*

071433569

Nº Certificado/*Núm. certificat*

CLASE 3ª SERIE A / CLASSE 3ª SÈRIE A

D./Dña. PABLO GALLARDO MELO
Sr./Sra.

en Medicina y Cirugía, colegiado/a en BARCELONA con el número 57706
en Medicina i Cirurgia, col·legiat/ada a *amb el número*

y con ejercicio profesional en BARCELONA
i amb exercici professional a

CERTIFICO la defunción de / *CERTIFICO la defunció de*

Nombre del fallecido/a: / *Nom del difunt/a:* CINTIA CAROL

1.er Apellido del fallecido/a: / *1r. cognom del difunt/a:* ANGELES

2.º Apellido del fallecido/a: / *2n. cognom del difunt/a:* PINILLOS

Fecha de nacimiento / *Data de naixement*: Día / *Dia* 24 Mes / *Mes* 05 Año / *Any* 1996 Sexo: / *Sexe:* Varón / *Home* Mujer / *Dona* X

Documento de identidad / *Document d'identitat*:
D.N.I. / *DNI* Número: / *Número:* —
X Pasaporte / *Passaport* Número: / *Número:* 118698571
N.I.E. (Tarjeta de Residencia) / *NIE (Targeta de residència)* Número: / *Número:* —

Hora y fecha de la defunción / *Hora i data de la defunció*: Hora : minutos / *Hora : minuts* 14:00 Día / *Dia* 23 Mes / *Mes* 09 Año / *Any* 2023

¿En qué municipio ocurrió la defunción?: / *A quin municipi va tenir lloc la defunció?:*

Domicilio particular / *Domicili particular* — Centro hospitalario / *Centre hospitalari* X — Residencia socio-sanitaria / *Residència socio-sanitària* — Lugar de trabajo / *Lloc de treball* — Otro lugar / *Altre lloc*

3,63 Euros Derechos autorización I.V.A. incluido. 3,63 Euros Drets autorització I.V.A. inclòs

Causas de defunción (ver instrucciones en página 2) / ***Causes de defunció*** *(vegeu instruccions a la pàgina 2)* — Intervalo de tiempo aproximado[1] / *Interval de temps aproximat*[1]

I. Causa inmediata[2] / ***Causa immediata***[2]

(a) INSUFICIENCIA RESPIRATORIA — Horas / *Hores* Días / *Dies* Meses / *Mesos* Años / *Anys*

Debido a/*A causa de*

Causas intermedias[3] / ***Causes intermèdies***[3]

(b) DERRAME PLEURAL — Horas / *Hores* Días / *Dies* Meses / *Mesos* Años / *Anys*

Debido a/*A causa de*

(c) — Horas / *Hores* Días / *Dies* Meses / *Mesos* Años / *Anys*

Debido a/*A causa de*

Causa inicial o fundamental[4] / ***Causa inicial o fonamental***[4]

(d) NEOPLASIA MAMA — Horas / *Hores* Días / *Dies* Meses / *Mesos* Años / *Anys*

II. Otros procesos[5] / ***Altres processos***[5]

Horas / *Hores* Días / *Dies* Meses / *Mesos* Años / *Anys*

¿Ha habido indicios de muerte violenta? / *Hi ha hagut indicis de mort violenta?* Sí/*Sí* No/*No* X

¿Se practicó autopsia clínica? / *Es va practicar autòpsia clínica?* Sí/*Sí* No/*No*

¿La defunción ha ocurrido como consecuencia directa o indirecta de?: / *La defunció s'ha produït com a conseqüència directa o indirecta de?:*

Accidente de tráfico / *Accident de trànsit* No/*No* X Sí/*Sí* — Accidente laboral / *Accident laboral* No/*No* Sí/*Sí* — Fecha del mismo: / *Data d'aquest:* Día / *Dia* Mes / *Mes* Año / *Any*

Continúa al reverso

¿Existen riesgos infecciosos? / Hi ha riscos infecciosos?

Sí/Sí ☐ No/No ☒

Enfermedad infecciosa / Malaltia infecciosa ____________________

Grupo / Grup I ☐ II ☐ III ☐

¿Posibilidad de incineración? / Possibilitat d'incineració?

Sí/Sí ☒ No/No ☐

Incineración condicionada por / Incineració condicionada per:

☐ Retirada de Marcapasos / Retirada de marcapassos

☐ Tratamiento con Isótopos Radioactivos / Tractament amb isòtops radioactius

☐ Existencia de prótesis / Existència de pròtesi

En / A Badalona a / a 23 de / de Septiembre de / de 2023

Firma del médico / Signatura del metge

Instrucciones básicas de Certificación:

La OMS recomienda que en la cumplimentación de las causas de defunción se comience por la **causa inmediata** y se termine por la **causa inicial o fundamental**, es decir, en un orden natural de arriba hacia abajo, respondiendo a las palabras "**debido a**" que facilitan la comprensión del concepto de **secuencia lógica**, tan importante para la selección de la Causa Básica de Defunción.

Causa básica de defunción: "Enfermedad o lesión que inició la cadena de acontecimientos patológicos que condujeron directamente a la muerte, o las circunstancias del accidente o violencia que produjo la lesión fatal".

① Intervalo de tiempo aproximado

Anotar el tiempo transcurrido entre el comienzo de cada afección y el momento de la defunción, de tal forma que el tiempo anotado en el apartado I(a) deba ser inferior o igual a I(b), y éste a su vez inferior o igual a I(c) y así sucesivamente.

Estas unidades son mutuamente excluyentes, es decir, hay que expresar el período en una única unidad de tiempo y tan sólo hay que rellenar una por proceso y línea. Si hubiera que anotar más de un proceso en una línea, el tiempo anotado debe corresponder al primer proceso informado (el más importante).

Nota: Cada unidad de tiempo admite hasta el número 99.

Ejemplo:

Para mes y medio, anotar 45 días — Horas ☐☐ Días 4 5 Meses ☐☐ Años ☐☐

I

② Causa inmediata:

(a) Indicar la enfermedad o estado patológico que produjo la muerte directamente. No se trata de indicar las modalidades de la muerte, sino la enfermedad, el traumatismo o la complicación causante del fallecimiento.

Ejemplo: (a) Hemorragia cerebral debido a ▼ — Horas 3 Días ☐☐ Meses ☐☐ Años ☐☐

③ Causas intermedias:

(b) y (c) Estados morbosos, si existiera alguno, que produjeron la causa arriba indicada.

Si el estado patológico señalado en la línea (a) fue consecuencia de uno o más estados morbosos, se anotarán en la línea (b) o en las líneas (b) y (c).

Ejemplo: (b) Hipertensión arterial debido a ▼ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

(c) Pielonefritis crónica debido a ▼ — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 2

④ Causa inicial o fundamental:

(d) Enfermedad o lesión que inició los hechos anteriormente mencionados que condujeron a la muerte. Se anotará una única causa, la que haya sido desencadenante de todo el proceso que ha llevado a la defunción. En caso de accidente o violencia, se hará una breve descripción de las circunstancias.

Ejemplo: (d) Adenoma prostático — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 5

II

⑤ Otros procesos:

Otros estados patológicos significativos que contribuyeron a la muerte, pero no relacionados con la enfermedad o estado patológico que la produjo.

Ejemplo: Diabetes — Horas ☐☐ Días ☐☐ Meses ☐☐ Años 1 0

Otras recomendaciones

1. Utilizar mayúsculas y preferentemente bolígrafo de tinta negra.
2. Evitar abreviaturas y/o siglas.
3. Certificar enfermedades y síndromes sin ambigüedades.
4. Si fuera preciso anotar más de una enfermedad en cada apartado, sepárelas claramente por comas.
5. Evitar certificar entidades mal definidas, signos y síntomas.

Instruccions bàsiques de certificació:

*L'OMS recomana que a l'hora d'omplir les causes de defunció comenceu per la causa **immediata** i acabeu per la causa **inicial o fonamental**, és a dir, en un ordre natural de dalt a baix, responent a les paraules "**a causa de**" que faciliten la comprensió del concepte de **seqüència lògica**, tan important per a la selecció de la causa bàsica de defunció.*

Causa bàsica de defunció: *"Malaltia o lesió que va iniciar la cadena de fets patològics que van conduir directament a la mort, o a les circumstàncies de l'accident o violència que va produir la lesió fatal".*

① Interval de temps aproximat

Anoteu el temps transcorregut entre el començament de cada afecció i el moment de la defunció, de manera que el temps anotat a l'apartat I(a) sigui inferior o igual a I(b) i aquest, alhora, inferior o igual a I(c) i així successivament.

Aquestes unitats són mútuament excloents, és a dir, cal expressar el període en una única unitat de temps i només cal emplenar-ne una per procés i línia. Si calgués anotar més d'un procés en una línia, el temps anotat haurà de correspondre al primer procés informat (el més important).

Nota: Cada unitat de temps admet fins al número 99.

Exemple:

Per a un mes i mig, anotar 45 dies — Hores ☐☐ Dies 4 5 Mesos ☐☐ Anys ☐☐

I

② Causa immediata:

(a) Indiqueu la malaltia o estat patològic que va produir directament la mort. No es tracta d'indicar les modalitats de la mort, sinó la malaltia, el traumatisme o la complicació causant de la defunció.

Exemple: (a) Hemorràgia cerebral a causa de ▼ — Hores 3 Dies ☐☐ Mesos ☐☐ Anys ☐☐

③ Causes intermèdies:

(b) i (c) Estats morbosos, si n'hi hagués, que van produir la causa abans indicada.

Si l'estat patològic assenyalat a la línia (a) va ser conseqüència d'un o més estats morbosos, s'anotaran a la línia (b) o a les línies (b) i (c).

Exemple: (b) Hipertensió arterial a causa de ▼ — Hores ☐☐ Dies ☐☐ Mesos ☐☐ Anys 2

(c) Pielonefritis crònica a causa de ▼ — Hores ☐☐ Dies ☐☐ Mesos ☐☐ Anys 2

④ Causa inicial o fonamental:

(d) Malaltia o lesió que va iniciar els fets anteriorment esmentats que van conduir a la mort. S'anotarà una única causa, la que hagi estat la desencadenant de tot el procés que ha portat a la defunció. En cas d'accident o violència, es farà una breu descripció de les circumstàncies.

Exemple: (d) Adenoma prostàtic — Hores ☐☐ Dies ☐☐ Mesos ☐☐ Anys 5

II

⑤ Altres processos:

Altres estats patològics significatius que van contribuir a la mort, però no relacionats amb la malaltia o estat patològic que la va produir.

Exemple: Diabetis — Hores ☐☐ Dies ☐☐ Mesos ☐☐ Anys 1 0

Altres recomanacions

1. Utilitzeu majúscules i preferentment bolígraf de tinta negra.
2. Eviteu abreviatures i/o sigles.
3. Certifiqueu malalties i síndromes sense ambigüitats.
4. Si cal anotar més d'una malaltia a cada apartat, separeu-les clarament per comes.
5. Eviteu certificar entitats mal definides, signes i símptomes.

PERÚ Ministerio de Salud | Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz" Trámite Documentario

HOSPITAL Carlos Lanfranco La Hoz

HOJA DE ENVIO

Fecha Recep. : 03/10/2023 Hora Recep. : 12:12 Nº de Expediente **0006463**

Clasificación: Otros
Procedencia: OTROS
Persona Interesada: MILAGRITOS PINILLOS YBAÑEZ
Cargo: USUARIO
Asunto: **SOLICITO LICENCIA SIN GOCE DE HABER**

Pase	Para	Fecha	Hora	Recibido por
TRAMITE DOCU >>DIRECCION		03/10/2023	12:13	ROCIO
RR. HH	2 13	4.10.23		
Ce. Empleo	2, 6	05/10/23		
Andrea	2.6	06.10.23		

1 Aprobación
2 Atención
3 Su conocimiento
4 Opinión
5 Informe
6 Por corresponderle
7 Por conversar
8 Acompañar Atención
9 Según lo solicitado
10 Toma nota y Dev.
11 Archivar
12 Acción Inmediata
13 Preparar contestac.
14 Proyectar resolución
15 Ver Observaciones

Observaciones

PERU | Ministerio de Salud | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ GESTIÓN DEL EMPLEO
CONTROL Y ASISTENCIA
10 OCT. 2023
Nº EXPEDIENTE: .....
HORA: 12:50 FIRMA: .....
RECIBIDO

3

"Año de la Unidad, La Paz y el Desarrollo"

<u>Solicito</u>: Licencia sin goce de haber por 10 días.

Señor Director Ejecutivo del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

S.D.

Yo, **Milagritos Ernestina Pinillos Ybañez**, identificada con DNI. 10413331, con domicilio en la Urb. Ciudad del Pescador Mz. P1 lote 8 Bellavista Callao; actualmente laborando con el cargo de Asistente Administrativo II, actualmente laborando en la Unidad de Docencia e Investigación del Hospital; ante Ud. Con el debido respeto me presento y digo:

Que, teniendo que realizar los trámites pertinentes para poder realizar la repatriación de los restos de mi hija que falleció el día 23 de setiembre 2023 en Barcelona en el país de España; debiéndose ser repatriados para el día 10 de octubre; razón por la cual me veo obligada a presentar mi Licencia sin goce de haber a partir del 03 al 12 de octubre 2023, días donde podré darle el último adiós a mi difunta hija, ya que aún me me encuentro en España.

Por lo tanto:

Pido a usted Señor Director acceder a mi solicitud por ser de justicia y equidad.

Puente Piedra, 03 octubre 2023

.....

Milagritos E. Pinillos Ybañez

DNI. 10413331

<u>Se adjunta</u>:

- DNI.
- Acta de Defunción

006463

MINISTERIO DE SALUD | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
TRAMITE DOCUMENTARIO
03 OCT. 2023
Nº EXPEDIENTE: .....
HORA: 11:25 FIRMA: .....
RECIBIDO

Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Unidad de Personal
EQUIPO DE GESTION DEL EMPLEO
06 OCT. 2023
Hora 11:20 Firma .....
RECIBIDO

Estadística del Movimiento Natural de la Población
Estadística del Moviment Natural de la Població

Boletín Estadístico de Defunción
Butlletí Estadístic de Defunció

Instituto Nacional de Estadística

1. Datos de la defunción y del fallecido/a — *1. Dades de la defunció i del difunt/a*

A rellenar por los familiares o personas obligadas por la ley a declarar la defunción o, en su defecto, por el Encargado/a del Registro Civil.
A emplenar pels familiars o persones obligades per la llei a declarar la defunció o, si no n'hi ha, per l'encarregat/ada del registre civil

1.1 ¿Cuál era la nacionalidad del fallecido/a? *Quina era la nacionalitat del difunt/a?*

☐ Española / *Espanyola*   Extranjera. Indique el país: / *Estrangera. Indiqueu el país:*

País: / *País:*

1.2 ¿Dónde nació el fallecido/a? *On va néixer el difunt/a?*

En España. Indique la provincia y el municipio donde nació: / *A Espanya. Indiqueu la provincia i el municipi on va néixer:*

Provincia: / *Provincia:*
Municipio: / *Municipi:*

En el extranjero. Indique el país: / *A l'estranger. Indiqueu el país:*

1.3 ¿Dónde residía el fallecido/a? *On residia el difunt/a?*

En España. Indique la provincia y el municipio donde residía habitualmente: / *A Espanya. Indiqueu la provincia i el municipi on residia habitualment:*

Provincia: / *Provincia:*
Municipio: / *Municipi:*

☐ En el extranjero. Indique el país: / *A l'estranger. Indiqueu el país:*

1.4 Domicilio en España: *Domicili a Espanya:*

Tipo de vía: / *Tipus de via:*
Nombre vía: / *Nom via:*
Código postal: / *Codi postal:*   Número: / *Número:*   Portal: / *Portal:*   Bloque: / *Bloc:*
Escalera: / *Escala:*   Planta: / *Planta:*   Puerta: / *Porta:*

1.5 ¿Cuál era el estado civil del fallecido/a? / *Quin era l'estat civil del difunt/a?*

Soltero/a ☐ *Solter/a*   Casado/a ☐ *Casat/ada*   Viudo/a ☐ *Vidu/Vídua*   Separado/a legalmente o divorciado/a ☐ *Separat/ada legalment o divorciat/ada*

1.6 ¿Cuál era la profesión, oficio u ocupación principal del fallecido/a? *Quina era la professió, ofici o ocupació principal del difunt/a?*

Marque la casilla del grupo más adecuado y descríbalo en la última línea *Marqueu la casella del grup més adequat i descriviu-lo a l'última línia*

☐ Fuerzas armadas / *Forces armades*

☐ Dirección de las empresas y de las administraciones públicas / *Direcció de les empreses i de les administracions públiques*

☐ Técnicos y profesionales científicos e intelectuales / *Tècnics i professionals científics i intel·lectuals*

☐ Técnicos y profesionales de apoyo / *Tècnics i professionals de suport*

☐ Empleados de tipo administrativo / *Treballadors de tipus administratiu*

☐ Trabajadores de los servicios de restauración, personales, protección y vendedores de comercios / *Treballadors dels serveis de restauració, personals, protecció i venedors de comerços*

☐ Trabajadores cualificados en la agricultura y en la pesca / *Treballadors qualificats a l'agricultura i la pesca*

☐ Artesanos y trabajadores cualificados de las industrias manufactureras, la construcción y la minería, excepto los operadores de instalaciones y maquinaria / *Artesans i treballadors qualificats de les indústries manufactureres, la construcció i la mineria, excepte els operadors d'instal·lacions i maquinària*

☐ Operadores de instalaciones y maquinaria y montadores / *Operadors d'instal·lacions i maquinària i muntadors*

☐ Trabajadores no cualificados / *Treballadors no qualificats*

☐ Estudiantes / *Estudiants*

☐ Personas que realizan o comparten las tareas del hogar / *Persones que realitzen o comparteixen les feines de la llar*

☐ Pensionistas/rentistas (En este caso, marque también la casilla del grupo correspondiente a la profesión, oficio u ocupación ejercida anteriormente y descríbalo) / *Pensionistes/rendistes (En aquest cas, marqueu també la casella del grup corresponent a la professió, ofici o ocupació exercida anteriorment i descriviu-lo)*

☐ Parados/as / *Aturats/ades*

Descripción de la profesión, oficio u ocupación principal / *Descripció de la professió, ofici o ocupació principal*

2. Datos de la inscripción. A rellenar por el Encargado del Registro Civil
2. Dades de la inscripció. Ha d'omplir l'encarregat del registre civil

2.1 **Registro Civil nº** *Registre civil núm.* Provincia *Província* □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Municipio *Municipi* □□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□□

Fecha de inscripción: *Data d'inscripció* Día *Dia* □□ Mes *Mes* □□ Año *Any* □□□□

Tomo numérico *Tom numèric* □□□□ Tomo alfabético *Tom alfabètic* □□□□ Página *Pàgina* □□□ Vuelta *Volta* □

Sello del Registro Civil *Segell del registre civil*

Los datos recogidos en el Libro de Inscripción de defunciones del Registro Civil que figuren tanto en el Certificado Médico de Defunción como en el Boletín Estadístico serán transmitidos a los Ayuntamientos para dar de baja al fallecido en el Padrón Municipal de Habitantes (artículo 84 del Reglamento de Población y Demarcación Territorial de las Entidades Locales) y en el Censo Electoral.

Asimismo podrán ser transmitidos a los organismos públicos que lo soliciten para actualizar sus registros administrativos (Encomienda de gestión de la Secretaría de Estado de Justicia al Instituto Nacional de Estadística en materia de transmisión de datos informatizados de las inscripciones de defunciones practicadas en los Registros Civiles).

Les dades recollides en el Llibre d'inscripció de defuncions del Registre Civil que figurin tant en el Certificat Mèdic de Defunció com en el Butlletí Estadístic seran trameses als Ajuntaments per donar de baixa el difunt en el Padró Municipal d'Habitants (article 84 del Reglament de Població i Demarcació Territorial de les Entitats Locals) i en el Cens Electoral.

Tanmateix podran ser trameses als organismes públics que així ho sol·licitin per actualitzar els seus registres administratius (Comanda de gestió de la Secretaria d'Estat de Justícia a l'Institut Nacional d'Estadística en matèria de transmissió de dades informatitzades de les inscripcions de defuncions practicades als registres civils).

Naturaleza, características y finalidad

El Movimiento Natural de la Población es el recuento de los nacimientos, matrimonios y defunciones que se producen en el territorio español en un año determinado.

Naturalesa, característiques i finalitat

El Moviment Natural de la Població és el recompte dels naixements, matrimonis i defuncions que es produeixen al territori espanyol en un any determinat.

Legislación

Los Encargados del Registro Civil remitirán al Instituto Nacional de Estadística, a través de sus Delegaciones, los boletines de nacimientos, abortos, matrimonios, defunciones u otros hechos inscribibles (art. 20 del Reglamento de la Ley del Registro Civil).

Legislació

Els encarregats del registre civil remetran a l'Institut Nacional d'Estadística, a través de les seves delegacions, els butlletins de naixements, avortaments, matrimonis, defuncions o altres fets inscriptibles (art. 20 del Reglament de la Llei del registre civil).

Secreto Estadístico

Serán objeto de protección y quedarán amparados por el **secreto estadístico** los datos personales que obtengan los servicios estadísticos, tanto directamente, de los informantes como a través de fuentes administrativas (art. 13.1 de la Ley de la Función Estadística Pública de 9 de mayo de 1989 (LFEP)). Todo el personal estadístico tendrá la obligación de preservar el secreto estadístico (art. 17.1 de la LFEP).

Secret Estadístic

*Seran objecte de protecció i quedaran emparades **pel secret estadístic** les dades personals que obtinguin els serveis estadístics, tant directament dels informadors com a través de fonts administratives (art. 13.1 de la Llei de la funció d'estadística pública, de 9 de maig de 1989 (LFEP)). Tot el personal estadístic tindrà l'obligació de preservar el secret estadístic (art. 17.1 de l'LFEP).*

Obligación de facilitar los datos

La Ley de la Función Estadística Pública establece la **obligación de facilitar los datos** que se soliciten para la elaboración de esta Estadística.

Los servicios estadísticos podrán solicitar datos de todas las personas físicas y jurídicas nacionales y extranjeras, residentes en España (art. 10.1 de la LFEP).

Todas las personas físicas y jurídicas que suministren datos, tanto si su colaboración es obligatoria como voluntaria, **deben contestar de forma veraz, exacta, completa y dentro del plazo** a las preguntas ordenadas en la debida forma por parte de los servicios estadísticos (art. 10.2 de la LFEP).

El incumplimiento de las obligaciones establecidas en esta Ley, en relación con las estadísticas para fines estatales, **será sancionado** de acuerdo con lo dispuesto en las normas contenidas en el Presente Título (art. 48.1 de la LFEP).

Obligació de facilitar les dades

*La Llei de la funció d'estadística pública estableix **l'obligació de facilitar les dades** que se sol·licitin per a l'elaboració d'aquesta estadística.*

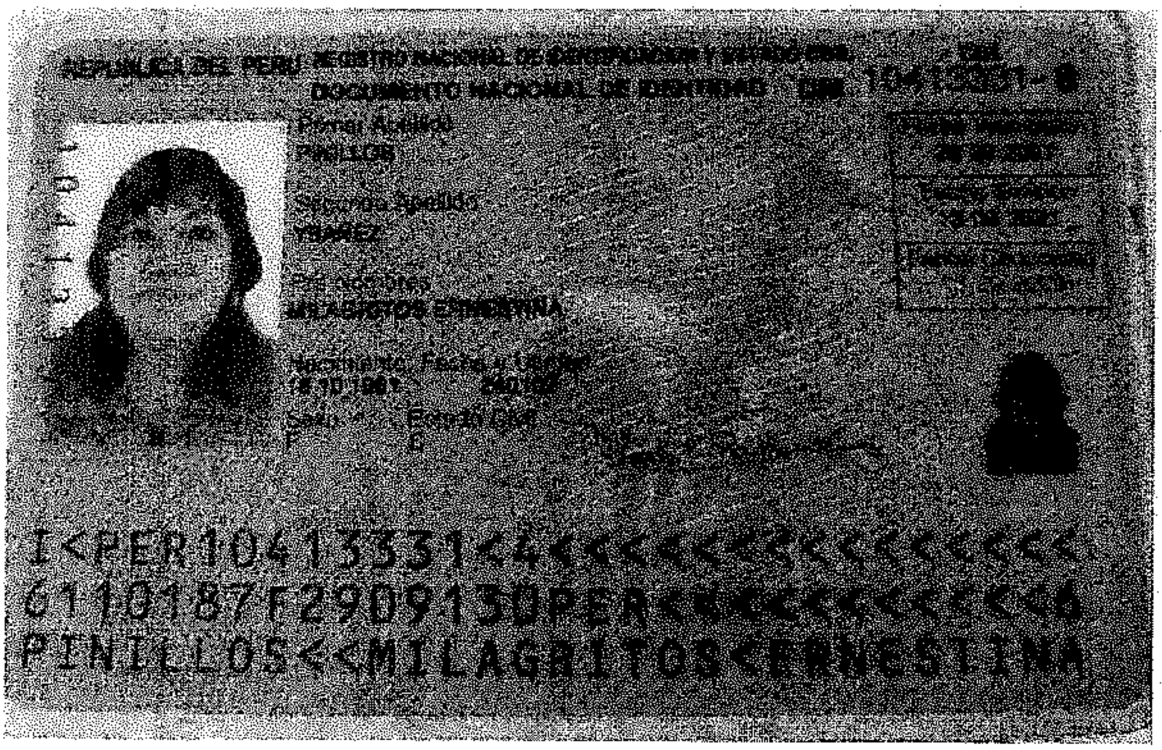
Els serveis estadístics podran sol·licitar dades de totes les persones físiques i jurídiques nacionals i estrangeres, residents a Espanya (art. 10.1 de l'LFEP).

*Totes les persones físiques i jurídiques que subministrin dades, tant si la seva col·laboració és obligatòria com voluntària, **han de respondre, de manera veraç, exacta, completa i dins del termini**, les preguntes ordenades en la manera adequada per part dels serveis estadístics (art. 10.2 de l'LFEP).*

*L'incompliment de les obligacions establertes en aquesta llei, en relació amb les estadístiques per a fins estatals, **serà sancionat** d'acord amb el que disposen les normes contingudes en el present títol (art. 48.1 de l'LFEP).*

TANATORI RONDA DE DALT

ALTIMA


REPUBLICA DEL PERU REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI 10413331-6
Primer Apellido
PINILLOS
Segundo Apellido
YBAÑEZ
Pre Nombres
MILAGRITOS ERNESTINA
Nacimiento: Fecha y Ubigeo
18.10.1961
Sexo Estado Civil
F C
I<PER10413331<4<<<<<<<<<<<<<<<
6110187F2909130PER<<<<<<<<<<<6
PINILLOS<<MILAGRITOS<ERNESTINA

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 015 - H.II LIMA NORTE - CALLAO L. NEGREI

CITTNo.: **A-015-00028106-23**

ActoMedico: 8212361

Servicio: BC1 MEDICINA DE EMERGENCIAS Y DESASTRES

Nombre Asegurado: PINILLOS YBAÑEZ MILAGRITOS ERNESTINA

Doc.de Identidad: D.N.I. 10413331

Autogenerado: 6110180PIYNM005

Tipode Atencion: EMERGENCIA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med.Control:

F. Prob. de Parto:

PERODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 12/10/2023

Fecha Fin: 13/10/2023

Total de Dias: 2

F. de Otorgamiento: 12/10/2023

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 2

NoConsecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 28941
VALLADARES PERAMAS FERNANDO

RUC: 20203631550

OBSERVACIONES

Diasde Incapacidad Temporal Acumulado: 49

Usuario: VALLADARES PERAMAS FERNANDO HECTOR

Fecha: 12/10/2023 Hora: 08:34:02

RECIBIDO

PERÚ Ministerio | HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

Lic. Luz Yony Silva Espinoza
Jefe de la Unidad de Apoyo a la Docencia e Investigación

No. DE ORDEN: 6410368 FECHA EMISION: 12/10/2023

H.II L.NORTE-CALLAO

AV. TOMAS VALLE C.39 STA ROSA - CALLAO

EMER

MED.EMER.Y DESASTRES

HOSPITAL - EMERGENCIA

ASEGU.: PINILLOS YBAÑEZ MILAGRITOS ERN EDAD: 61años 11mes 24dias

AUTOG.: 6110180PIYNM005

H/C: 249484

ACT.MED. 8212361 DOC.ID: D.N.I. 10413331 VIGENCIA: 12/10/23

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM/FF	CANT.
1	010050012	DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML DiagN: N23	1	AM	1,00
2	010050023	METAMIZOL SODICO 1 G/2 ML DiagN: N23	1	AM	2,00
3	010150005	DEXAMETASONA (BASE O EQUIVALENTE) 4 DiagN: N23	1	AM	1,00
4	010450016	ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO 20 MG/M DiagN: N23	1	AM	1,00
5	011050068	CLORURO DE SODIO Ó SUERO FISIOLOGIC DiagN: N23	1	FR	1,00

MEDICO: 28941 VALLADARES PERAMAS FERNANDO HECTOR

FIRMA DEL ASEGURADO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

TODO A SU TIEMPO, CUIDA TU CUERPO, CUIDA TU FUTURO

USUARIO: 25836272 FEC.IMP: 12/10/23 HORA: 08:33:19

No. DE ORDEN: 6410368 FECHA EMISION: 12/10/2023

H.II L.NORTE-CALLAO

AV. TOMAS VALLE C.39 STA ROSA - CALLAO

EMER

MED.EMER.Y DESASTRES

HOSPITAL - EMERGENCIA

ASEGU.: PINILLOS YBAÑEZ MILAGRITOS ERN EDAD: 61años 11mes 24dias

AUTOG.: 6110180PIYNM005

H/C: 249484

ACT.MED. 8212361 DOC.ID: D.N.I. 10413331 VIGENCIA: 12/10/23

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM/FF	CANT.
1		DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML Ind: IM STAT	1	AM	1,00
2		METAMIZOL SODICO 1 G/2 ML Ind: 1.5 GR EV STAT I Y D EN 100 CC SF	1	AM	2,00
3		DEXAMETASONA (BASE O EQUIVALENTE) 4 MG Ind: EV STAT I Y D	1	AM	1,00
4		ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO 20 MG/ML Ind: EV STAT I Y D	1	AM	1,00
5		CLORURO DE SODIO Ó SUERO FISIOLOGICO 0.9% X 100 M Ind: PARA DILUIR MEDICACION	1	FR	1,00

MEDICO: 28941 VALLADARES PERAMAS FERNANDO HECTOR

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

TODO A SU TIEMPO, CUIDA TU CUERPO, CUIDA TU FUTURO

USUARIO: 25836272 FEC.IMP: 12/10/23 HORA: 08:33:19

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ

REPORTE COMPARATIVO MENSUAL HORA DE INGRESO Y SALIDA

12/10/2023 17:59:38
Nº Pag. 1

Mes **Setiembre**
Año **2023**
Servicio **Todos**
Condición **Todos**
Personal **PINILLOS YBAÑEZ MILAGRITOS**
Marcaron **Solo los q Marcaron**
Función **Todos**

Apellidos y Nombres		V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	D	L	M	M	J	V	S	
	E/S	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	
PINILLOS YBAÑEZ, MIL	E	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	LFA	LFA	LFA	LFA			LLU	LLU	LLU	LLU	LLU	LLU	
	M																															
	S	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	PVD	LFA	LFA	LFA	LFA			LLU	LLU	LLU	LLU	LLU	LLU	
	M																															
PINILLOS YBAÑEZ MILAGRITOS	E																															
	M																															
	S																															
	M																															

RESOLUCION ADMINISTRATIVA Nº 296 - 6 /2023-UP-HCLLH/MINSA

[illegible] [illegible] 25/10/2023.	[illegible] Ministerio de Salud | Instituto de Gestión de Servicios de Salud | Hospital Carlos Lanfranco la Hoz Unidad de Personal EQUIPO DE GESTION DEL EMPLEO 26 Oct 2023 Hora 15:27 Firma [illegible] RECIBIDO	