

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°**  
**006-HS JL-OAD-UEC-2024 V.01**

**“DIRECTIVA  
ADMINISTRATIVA PARA  
LA DEVOLUCION DE  
DINERO A USUARIOS  
EXTERNOS DEL HOSPITAL  
SAN JUAN DE  
LURIGANCHO”**



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Viceministerio  
de Prestaciones y  
Aseguramiento en Salud

Hospital  
San Juan de Lurigancho

**DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N°006-HSJL-OAD-UEC-2024 V.01**

**"DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA DEVOLUCIÓN DE DINERO A USUARIOS EXTERNOS  
DEL HOSPITAL SAN JUAN DE LURIGANCHO"**

**I. OBJETIVO**

Establecer el instrumento normativo que uniformiza los criterios para la adecuada devolución de dinero a los usuarios externos del Hospital San Juan de Lurigancho.

**II. FINALIDAD**

Establecer los criterios y el procedimiento acorde a las normativas vigentes para las devoluciones de dinero a los usuarios externos, en los diferentes servicios que ofrece el Hospital San Juan de Lurigancho.

**III. ÁMBITO DE APLICACIÓN**

Las disposiciones contenidas en la presente Directiva son de aplicación y cumplimiento obligatorio por todo el personal del Hospital San Juan de Lurigancho. Específicamente, así como al personal designado como responsables de Caja Recaudación los responsables del Control y fiscalización.

**IV. BASE LEGAL**

- 4.1. Ley N° 28716, Ley de control interno de las Entidades del Estado.
- 4.2. Ley N° 27815, Ley del Código de Ética de la Función Pública y modificatorias.
- 4.3. Ley de Presupuesto del Sector Público para el año fiscal vigente.
- 4.4. Ley N° 27785, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría.
- 4.5. Ley N° 30742, Ley de fortalecimiento de la Contraloría General de la República y del Sistema Nacional de Control.
- 4.6. Decreto Supremo N° 004 - 2019 - JUS, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley de Procedimiento Administrativo General.
- 4.7. Decreto Legislativo N° 1436, Decreto Legislativo Marco de la Administración Financiera del Sector Público.
- 4.8. Decreto Legislativo N° 1438, Decreto legislativo del Sistema Nacional de Contabilidad Pública.
- 4.9. Decreto Legislativo N° 1440, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Presupuesto Público.
- 4.10. Decreto Legislativo N° 1441, Decreto Legislativo del Sistema Nacional de Tesorería General de la República y sus modificatorias.
- 4.11. Decreto Supremo N° 033-2005-PCM, que aprueba el Reglamento de la Ley del Código de Ética de la Función Pública.
- 4.12. Resolución Ministerial N° 449-2010/MINSA, que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital San Juan de Lurigancho.
- 4.13. Resolución Ministerial N° 826-2021/MINSA, aprueba el documento denominado "Normas para la Elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud".
- 4.14. Resolución de Contraloría N° 320-2006-CG, que aprueba Normas de Control interno para el Sector Público y sus modificatorias.
- 4.15. Resolución Superintendencia N° 000048-2021/SUNAT, que aprueba el Reglamento de Comprobantes de Pago y su modificatorias.
- 4.16. Resolución Directoral N° 001-2011-EF/77.15, que aprueba disposiciones complementarias a la Directiva de Tesorería N° 001-2007-EF/77.15 Y Cuadro de texto.



- 4.17. Resolución Directoral N° 026-80-EF/77.15 que aprueba disposiciones complementarias a la Directiva de Tesorería: NGTR.06 uso del Fondo fijo para Caja chica, NGT-07 Reposición oportuna del Fondo para pagos en Efectivo y fondo para Caja chica y NGT-08 Arqueos Sorpresivos.
- 4.18. Resolución Directoral N° 002-2007-EF/77.15 que aprueba la Directiva de Tesorería N° 001-2007-EF/77.15 y modificatorias.
- 4.19. Resolución Directoral N° 012-2022-EF/52.01, que aprueba la Directiva N° 0001-2022-EF/52.06 para la implementación del Decreto Supremo N° 043-2022-EF.
- 4.20. Directiva N° 002-2024- EF/52.06, "Directiva para devoluciones de ingresos públicos y de otros recursos dinerarios depositados indebidamente en la Cuenta Única del Tesoro Público y otras disposiciones"

## V. DISPOSICIONES GENERALES

### 5.1. DEFINICIONES

- 5.1.1. **Responsabilidad Financiera:** Es la obligación que asume una persona que maneja fondos o bienes públicos que responde ante su superior y públicamente ante otros, sobre el cumplimiento y desempeño de sus funciones.
- 5.1.2. **Recaudación:** Es la actividad que desarrolla el personal de Caja el cual consiste en la recepción de las cantidades monetarias por los usuarios como consecuencia de las diferentes prestaciones de servicios de atención ambulatoria, hospitalización y de emergencias que se brindan en el Hospital.
- 5.1.3. **Arqueo:** Es el recuento o verificación a una fecha determinada de las existencias en efectivo, así como de los documentos que forman parte de la Caja Chica.
- 5.1.4. **Acta de Arqueo:** Es el documento que describe los sucesos ocurridos durante la diligencia realizada por el responsable de Control Previo y/o personal encargado de la supervisión del Hospital "San Juan de Lurigancho".
- 5.1.5. **Boleta de venta:** Es el documento que acredita o respalda la transacción de dinero realizada por la prestación de un bien y/o servicio a usuarios finales.
- 5.1.6. **Cajero:** Es aquel trabajador que realiza las funciones de recaudar los fondos que pagan los usuarios externos al Hospital San Juan de Lurigancho y de registrar a los usuarios y las prestaciones de los servicios de salud brindados.
- 5.1.7. **Cajero Centralizador:** Es el encargado de concentrar en forma diaria la recaudación del efectivo y reporte de la recaudación en caja,



determinando los saldos disponibles, la centralización se realiza en moneda nacional en nuevos soles.

- 5.1.8. **Devolución de dinero:** Es aquella acción o forma de reintegro monetario que se realiza a un usuario por algún servicio pagado y no realizado.
- 5.1.9. **Factura:** Es un documento de compra y venta que registra la transacción comercial obligatoria y aceptada por Ley de comprobantes de pago. Este comprobante acredita la transferencia de bienes, la entrega en uso o la prestación de servicios, cuando la operación se realice con sujetos del impuesto general a las ventas que tengan derecho al crédito fiscal. Asimismo, cuando el comprador o usuario lo solicite a fin de sustentar gastos y costos para efecto tributario y en el caso operaciones de exportación.
- 5.1.10. **Notas de Crédito:** Son documentos de índole contable y tributario, que sirven para sustentar el otorgamiento de un descuento o bonificación, anulación total o parcial de la devolución de los bienes vendidos.
- 5.1.11. **La Nota de Pago :** La Nota de Pago es el documento que se emite automáticamente a través del SIAF-SP en la oportunidad del procesamiento de las operaciones de pago que en general, realizan las entidades que registran en el indicado sistema, para el cumplimiento de sus obligaciones contraídas de acuerdo a Ley, con cargo a las fuentes de financiamiento de sus respectivos presupuestos institucionales, así como también de aquellas opera

## 5.2. MOTIVOS O CAUSALES DE DEVOLUCIÓN DE DINERO EFECTIVO

- 5.2.1. **ERROR DE DIGITACIÓN DEL CAJERO**  
Es aquella situación producida por el ingreso de datos equivocados en el sistema informático por el cajero-recaudador.
- 5.2.2. **ERROR DE DIGITACIÓN DEL TÉCNICO DE FARMACIA**  
Es aquella situación producida por el ingreso de datos equivocados en el Sistema informático por el técnico de farmacia.
- 5.2.3. **PRESTACIÓN DE SERVICIOS NO ATENDIDOS EN EL HSJL**  
Situación en la cual un servicio programado y pagado, no se brinda por problemas internos atribuibles al hospital de SAN JUAN DE LURIGANCHO", puede incluir insumos y/o medicamentos.
- 5.2.4. **ERROR DE EQUIPO POS – PAGO Y/O TRANSFERENCIA – MEDIO ELECTRONICO (TARJETA DEBITO, CREDITO, YAPE, PLIN, ETC)**  
Situación en que se debite de la cuenta del cliente por el pago de servicios a la cuenta del Hospital San Juan de Lurigancho y no se



A. ESPINOZA

encuentre en el registro de cobro por este medio electrónico, (Tarjeta débito, crédito, yape, plin, etc.)Según reporte del POS.

### 5.3. MEDIOS DE PAGOS PARA DEVOLUCIONES

#### 5.3.1. DEVOLUCIÓN DE DINERO EN EFECTIVO DEL PAGO REALIZADO EL MISMO DÍA DE LA ATENCIÓN Y/O EL DIA DE LA CITA PROGRAMADA POR SERVICIOS NO ATENDIDOS.

Es la devolución de dinero en efectivo por concepto de la prestación del servicio solicitado, pagado y no atendido cancelado en el mismo día; debiendo contar con los requisitos expuesto en el numeral 6.4 y serán atendidas en la caja donde se realizó el cobro y con la anulación por parte del cajero central (debe puntualizar que los cajeros recaudadores no tienen opción de anulación de la boleta de venta , solo el cajero central tiene esa facultad; para las devoluciones pasado 24 horas de emitida la boleta deberá tramitarse con solicitud puesta que la remesa del día ya se depositó y la boleta ya está reportada a la SUNAT y deberá emitirse la correspondiente nota de crédito. Las devoluciones proceden considerando lo expuesto en la Directiva N° 002-2024- EF/52.06, "Directiva para devoluciones de ingresos públicos y de otros recursos dinerarios depositados indebidamente en la Cuenta Única del Tesoro Público y otras disposiciones "el numeral 5.2 de la Directiva y se atenderán dentro del día de emitido el ticket de pago.

#### 5.3.2. DEVOLUCIÓN DE LOS MONTOS RECAUDADOS CON FECHA POSTERIOR AL DÍA DE LA ATENCIÓN

Según la Directiva N° 002-2024- EF/52.06, "Directiva para devoluciones de ingresos públicos y de otros recursos dinerarios depositados indebidamente en la Cuenta Única del Tesoro Público y otras disposiciones" en el Art. 4.1 Los Ingresos Públicos recaudados en moneda nacional que, posterior a su depósito en la CUT, son materia de devolución a favor de terceros, así como los otros recursos dinerarios que hubieran sido depositados indebidamente por error, en exceso, u otros supuestos, en la CUT, son devueltos directamente por las entidades a través del Sistema Integrado de Administración Financiera del Sector Público (SIAF-SP), con cargo a la respectiva subcuenta bancaria.

  
**A. ESPINOZA**

Las devoluciones de los montos recaudados a favor de los respectivos beneficiarios son ejecutados por las entidades mediante Orden de Pago Electrónica, transferencias electrónicas y, excepcionalmente, a través de cheques y Cartas Orden.

La devolución de los montos recaudados solicitado con posterioridad a la fecha programada del servicio solicitado y no atendido y cumpliendo los requisitos para solicitar la devolución de dinero, éste trámite deberá ser revisado por Control Previo previa solicitud adjuntando los requisitos expuestos en el ítem 6.1, para su verificación.

### 5.3.3. ANULACION DE OPERACIÓN DE PAGO POR MEDIO ELECTRONICO (TARJETA DEBITO, CREDITO, YAPE, PLIN, ETC)

Es la anulación de operación de pago por medio electrónico según la verificación en el registró emitido por el POS (Sistema de punto de Venta), que pueden suscitarse de acuerdo a los numerales 5.3.1 y 5.32, debiendo cumplir con los requisitos que estos ameritan.

Si el equipo POS presenta errores en el momento de la transacción del pago electrónico, siendo este debitado de la cuenta del usuario y no registrando el cobro mediante reporte del equipo POS, esta devolución se realizara en el plazo de 48 horas por la misma entidad bancaria donde tenga aperturada su cuenta.

En el caso que se realice la duplicidad o error en el monto, se procederá a la anulación de la operación por el doble registro en el POS, o digitación de un monto que no corresponde al monto facturado por error involuntario del cajero responsable del POS, se procederá a la anulación de la operación correspondiente.

- 5.4. Los Jefes de los Departamentos, Unidades y/o Servicios deberán informar oportunamente a la Dirección Ejecutiva y/o a la Oficina de Administración la no atención de los servicios que oferta el Hospital, para su atención respectiva; debiendo estos informar a las áreas correspondientes para su conocimiento inmediato y adoptar las medidas necesarias.
- 5.5. El Jefe del Equipo de Tesorería deberá informar al responsable de la Caja, los servicios que no atenderán transitoriamente, comunicando el motivo; el personal de caja no deberá informar el motivo a los usuarios.
- 5.6. Los Jefes de los Departamentos, Unidades y/o servicios confirmará a través de su firma y sello el motivo de la no atención del servicio ofertado en el Hospital en el reverso del comprobante de pago.
- 5.7. Para la atención de cambio de cita y/o tratamiento el médico jefe del servicio es el que confirmará a través de su firma las devoluciones respectivas, iniciándose el trámite para la atención de la nueva cita y/o tratamiento. En caso de ausencia del Jefe del Departamento, Unidad y/o Servicio, firmará el Jefe de Guardia.



- 5.8. En caso de no contar con el comprobante, deberá solicitar al jefe de caja central una copia del comprobante de pago.
- 5.9. Todos los Expedientes de las devoluciones de dinero solicitadas y atendidas, deberán contar con el V°B° del Equipo de Control Previo de la Unidad de Economía.
- 5.10. Las devoluciones podrán ser solicitadas por los familiares y/o apoderados de los pacientes, en caso de menores de edad, de pacientes con alguna discapacidad o de aquellos que se encuentren hospitalizados o estén en riesgo su vida los familiares deberán presentar una solicitud acreditando el grado de parentesco, presentando el DNI adjuntando fotocopia de este, además de los requisitos mencionados en el ítem 6.1 de la presente Directiva.

## VI. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS

### 6.1 Toda devolución de dinero en efectivo deberá tener los siguientes requisitos:

- El original y las copias completas del comprobante de pago (boleta de venta, ticket, factura, etc.).
- El motivo y/o causa de la devolución escrita por el médico responsable del servicio, con su respectiva firma y post firma.
- Fecha de la devolución (día/mes/año).
- Nombre, Firma y DNI del paciente, como señal de conformidad de la devolución recibida.
- Voucher de Constancia de pago medio electrónico (billetera digital), este reembolso o devolución será por parte de la entidad bancaria donde tenga aperturada el titular su cuenta de ahorros y/o corriente.

### 6.2 Toda devolución posterior a la fecha de la atención deberá tener los siguientes requisitos:

- a) Reconocimiento formal del derecho a la devolución a través del acto administrativo correspondiente, con indicación de las razones de la devolución, identificación del beneficiario, fuente de financiamiento del ingreso, monto, entre otros aspectos que la entidad considere necesarios.
- b) Sustento de la verificación del pago recibido y/o depósito efectuado en las respectivas cuentas bancarias recaudadoras.
- c) Registro presupuestal y financiero de la recaudación en el Módulo Administrativo SIAF-SP y el sustento del depósito en la CUT.
- d) Disponibilidad de saldos de las respectivas Asignaciones Financieras autorizadas por la DGTP, cuando se trate de fuentes de financiamiento distintas de Recursos Ordinarios



A. ESPINOZA

### 6.3 Excepciones de Devolución de Dinero y/o movimiento de dinero.

#### - Error de digitación del cajero:

Se considera que no es necesario hacer el movimiento del dinero, y el cajero efectúa lo siguiente:

- Verificar y validar el error cometido ante el usuario.
- Anular el comprobante de pago por parte del cajero con V°B° del Jefe de Caja Central con el sello de anulado y firma en todos los ejemplares.
- Emitir un nuevo comprobante de pago con los datos correctos y entregar al paciente las copias correspondientes.
- Anular la operación en el Equipo POS de corresponder que el medio de pago haya sido por medio electrónico ( Tarjeta Debito, Crédito, yape, plin, etc)

#### 6.1.1. En el caso de error de digitación del personal de farmacia:

Se considera que también no es necesario hacer el movimiento del dinero, el personal de Farmacia efectúa lo siguiente:

- Verificar y reconocer el error cometido ante el usuario.
- Anular el comprobante de pago estampando el sello de anulado en todos los ejemplares y el V°B° del profesional Químico Farmacéutico.
- Emitir un nuevo comprobante de pago con los datos correctos y entregar al paciente las copias correspondientes.

#### 6.1.2. En caso de medicamentos e insumos

- El cambio en la prescripción no requiere devolución de dinero, el médico tratante puede prescribir un medicamento diferente y el cajero proceda a anular el comprobante de pago con V°B° del Jefe de Caja Central estampando el sello de anulado en todos los ejemplares, escribiendo el motivo de la anulación y emitir un nuevo comprobante con el nombre y precio correcto del medicamento o insumo.
- El personal de Farmacia (Químico Farmacéutico) deberá colocar su firma de conformidad que el producto devuelto se encuentra en buenas condiciones y corresponde a lo dispensado en la Farmacia del Hospital San Juan de Lurigancho.



- 6.2. Previo a la devolución de dinero, el personal de caja entregará al paciente el Formulario de conformidad de la devolución (Anexo N° 03), registrando el

número de la boleta de venta, el monto a devolver, apellidos y nombre del paciente, el número de DNI, firma y en caso de analfabetos colocará su huella digital.

- 6.3. Las devoluciones de dinero que sean solicitadas el mismo día se realizarán en la misma caja donde se realizó la transacción con la aprobación del responsable del Caja central, y las solicitadas el día de la cita programada se realizará en la mesa de partes previa solicitud de devolución, con excepción las que son realizadas con pago electrónico (TARJETA DEBITO, CREDITO, YAPE, PLIN, ETC), estas serán realizados por la Entidad bancaria a su cuenta de ahorros y/o corriente y serán abonadas en su cuenta en un plazo no mayor de 48 horas.
- 6.4. Las devoluciones de dinero que sean solicitadas por no atención del paciente deberá determinarse su procedencia de la siguiente manera:
- Si la no atención es responsabilidad de la institución al no brindar el servicio cancelado, procederá la devolución.
  - Si la no atención es responsabilidad del paciente al inasistir a su cita, no procederá la devolución no es responsabilidad del hospital, no obstante, dicha inasistencia acarrea consecuencias que afectan al hospital. tales como:
    - El Hospital deja de atender a otro paciente.
    - El Hospital deja de percibir el monto que correspondería a dicha atención.
    - El Hospital desperdicia la disponibilidad de tiempo del personal asistencial, (Médico, Enfermera, Auxiliar de Enfermería y otros).

#### 6.5. De la Documentación y Control

##### 6.5.1. De la documentación requerida para efectuar la devolución.

###### 6.5.1.1. Devoluciones del día:

- Comprobante de pago: USUARIO Y COPIA, con los requisitos del numeral 6.1

###### 6.5.1.2. Devoluciones después del día del servicio ofertado:

- Se adjuntará una solicitud (Anexo N° 01)
- Fotocopia de DNI del paciente.
- Comprobante de pago: USUARIO y COPIA, con los requisitos del numeral 6.2

##### 6.5.2. Del Control

El responsable de Caja Central deberá informar de forma mensual al Coordinador(a) del Equipo de Tesorería sobre el registro de las



devoluciones y emitirá a la Unidad de Economía un Informe mensual consignando: montos, causales y servicios responsables; previa revisión de la documentación por el Equipo de Control Previo para luego ser remitido a la Oficina de Administración.

## 6.6. Procedimiento de Devolución

### 6.6.1. Error de digitación del cajero

Plazo de atención: 01 día útil

| N° | Descripción de la Actividad                                                         | Responsable                  |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 1  | Verifica y reconoce el error ante el usuario                                        | Recaudador o Cajero de turno |
| 2  | Realiza la anulación y procede al registro correcto en el Sistema.                  | Responsable de Caja Central  |
| 3  | Realiza la devolución de dinero según el importe señalado.                          | Responsable de Caja Central  |
| 4  | Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario.                  | Responsable de Caja Central  |
| 5  | Emite nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva | Responsable de Caja Central  |

### 6.6.2. Error de digitación del personal de farmacia

Plazo de atención: 01 día útil

| N° | Descripción de la Actividad                                                                  | Responsable         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 1  | Verifica y reconoce el error ante el usuario                                                 | Técnico de Farmacia |
| 2  | Comunicar al Químico Farmacéutico de turno para el V° B° y firma en el Comprobante de Pago.  | Técnico de Farmacia |
| 3  | Realiza la anulación en el Sistema de Farmacia y procede al registro correcto en el sistema. | Técnico de Farmacia |
| 4  | Informa al usuario los pasos a seguir.                                                       | Técnico de Farmacia |
| 5  | Emite un nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva.      | Técnico de Farmacia |



|    |                                                                                                |                              |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| 6  | Revisa y verifica el error según el ítem 5.2.2                                                 | Recaudador o Cajero de turno |
| 7  | Realiza la anulación y procede al registro correcto en el Sistema.                             | Responsable de Caja Central  |
| 8  | Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario.                             | Recaudador o Cajero de turno |
| 9  | Emite nuevo comprobante con los datos correctos y realiza la transacción respectiva            | Recaudador o Cajero de turno |
| 10 | Recibe el nuevo comprobante de pago y realiza la dispensación de los medicamentos y/o insumos. | Técnico de Farmacia          |
| 11 | Informa y refuerza las indicaciones médicas del usuario                                        | Técnico de Farmacia          |

#### 6.6.3. En caso de prestación del servicio no atendido

Plazo de atención: 01 día útil

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                                               | Responsable                         |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1  | Se verifica si la atención es responsabilidad de la institución o si fue responsabilidad del paciente                                                     | Jefe del Departamento y/o Servicio. |
| 2  | Confirma y coloca el motivo de la no atención del servicio ofertado en el dorso del Comprobante de Pago (Servicios y usuarios), firma y fecha respectiva. | Jefe del Departamento y/o Servicio. |
| 3  | Se verifica si la atención es responsabilidad de la institución o si fue responsabilidad del paciente Verifica las causas según ítem 5.2.3                | Recaudador o Cajero de turno        |
| 4  | Realiza la devolución de dinero teniendo en cuenta la documentación según ítem 6.1                                                                        | Recaudador o Cajero de turno        |
| 5  | Registra la conformidad de la devolución con la firma del usuario.                                                                                        | Recaudador o Cajero de turno        |

  
 A. ESPINOZA

- 6.6.4. En caso de cambio de terapéutica y/o tratamiento el familiar del paciente realizará el trámite respectivo.**  
**Plazo de atención: 01 día útil**

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                                              | Responsable                         |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|
| 1  | Confirma y refrenda el motivo del cambio de la programación de la cirugía y/o tratamiento en el dorso del comprobante de pago, firma y fecha respectiva. | Jefe del Departamento y/o Servicio. |
| 2  | Verifica las condiciones de los productos, previa aprobación del Químico Farmacéutico.                                                                   | Técnico de Farmacia                 |
| 3  | Realiza la anulación en el Sistema de Farmacia y procede al registro correcto en el Sistema.                                                             | Técnico de Farmacia                 |
| 4  | Informa al usuario los pasos a seguir                                                                                                                    | Técnico de Farmacia                 |
| 5  | Verifica el cumplimiento del ítem 6.1.2                                                                                                                  | Recaudador o Cajero de turno        |
| 6  | Realiza la anulación del comprobante de pago, impregnando el sello de anulado en todos los ejemplares y anotando el motivo de la anulación.              | Responsable de Caja Central         |
| 7  | Emitir un nuevo comprobante de pago por el concepto real y entregar al paciente las respectivas copias para su tratamiento.                              | Recaudador o Cajero de turno        |

- 6.6.5. En caso de servicios no atendidos y/o insumos cargados a la cuenta Corriente el familiar del paciente realizará el trámite respectivo**  
**Plazo de atención: 01 día útil**

| N° | Descripción de la Actividad                                                 | Responsable                                   |
|----|-----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| 1  | Revisa Historia Clínica y verifica consumos                                 | Enfermera de turno en Sala de Hospitalización |
| 2  | Refrenda y corrige error de consumo en el estado de cuenta corriente manual | Enfermera de turno en Sala de Hospitalización |
| 3  | Emite nuevo Estado de Cuenta Corriente del paciente de alta y lo entrega al | Personal de Cuentas Corrientes.               |

|   |                                                                 |                              |
|---|-----------------------------------------------------------------|------------------------------|
|   | personal de caja                                                |                              |
| 4 | Realiza el cobro respectivo correspondiente al Estado de Cuenta | Recaudador o Cajero de turno |
| 5 | Verifica las causas según ítem 5.2.3                            | Recaudador o Cajero de turno |

**6.6.6. Devoluciones de dinero posteriores a la fecha del servicio ofertado el paciente presenta una solicitud en trámite documentario.**  
**Plazo de atención: 10 día hábiles**

| N° | Descripción de la Actividad                                                                                                                                                                                 | Responsable                          |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 1  | Verifica el llenado correcto de la solicitud de Devolución, el cual deberá tener adjunto los requisitos mencionados en el ítem 6.1.                                                                         | Responsable de mesa de partes        |
| 2  | Registra información al usuario y lo deriva para el trámite respectivo.                                                                                                                                     | Responsable de mesa de partes        |
| 3  | Recibe, registra y deriva la solicitud.                                                                                                                                                                     | Secretaría Dirección Administrativa. |
| 4  | Se verifica si la atención es responsabilidad de la institución o si fue responsabilidad del paciente Recibe la solicitud y requisitos, y verifica la información de acuerdo a lo solicitado en el Sistema. | Equipo de Tesorería.                 |
| 5  | Registra las devoluciones en el SIAF                                                                                                                                                                        | Equipo de Tesorería.                 |
| 6  | Realiza los trámites para la Nota de Crédito y la emisión del depósito en cuenta o cheque.                                                                                                                  | Equipo de Tesorería.                 |
| 7  | Conformidad para la devolución respectiva.                                                                                                                                                                  | Equipo de Tesorería.                 |

## VII. RESPONSABILIDADES

- 7.1. El personal de informes deberá orientar sobre el correcto llenado de la solicitud de devolución de dinero, el procedimiento de devolución de dinero a los usuarios y el plazo del trámite.
- 7.2. Control Previo es el responsable de verificar el correcto llenado de la solicitud para la devolución de dinero y la solicitud de la constancia de pago, así como de los requisitos obligatorios que se deberán adjuntar, para poder realizar la devolución de dinero en caso corresponda.
- 7.3. El área de Cuentas Corrientes es responsable del informe del estado de cuenta del paciente hospitalizado que solicite su devolución.
- 7.4. Las jefaturas de los departamentos, unidades y servicios, deberán refrendar los comprobantes de pago según corresponda para viabilizar el proceso de devolución de dinero.
- 7.5. El Equipo de Tesorería, realiza las devoluciones, de acuerdo a la presente Directiva.
- 7.6. El Jefe de la Unidad de Economía, será responsable de velar por el cumplimiento de la presente Directiva.
- 7.7. El Jefe de la Oficina de Administración, será el responsable de hacer cumplir la presente Directiva.

## VIII. DISPOSICIÓN FINAL

- 8.1. Toda solicitud de devolución será atendida en horario de lunes a viernes de 08.00 am. a 04:30 pm

## IX. ANEXOS

- Anexo N° 01: Formulario de solicitud para devolución de dinero.
- Anexo N° 02: Formulario de solicitud para constancia de pago.
- Anexo N° 03: Formulario de solicitud de conformidad de devolución de dinero.

  
 A. ESPINOZA

**Anexo N° 01:**  
**Formulario de solicitud para devolución de dinero.**

**Expediente N° .....**

Nombres y Apellidos del paciente:.....

Con DNI N°..... H. Clínica ( ) N°.....

Solicito la devolución de dinero en efectivo, por el siguiente motivo:

- ( ) Cambio y/o suspensión imprevisto de terapéutica y/o tratamiento (\*)
- ( ) Ausencia del personal programado responsable de la atención (\*)
- ( ) Falta de medicamentos e insumos en Farmacia (\*)
- ( ) Falta de energía eléctrica
- ( ) Equipo inoperativo (\*)
- ( ) Falta de reactivos en los Ser. Patología. Clínica (Laboratorio, Banco de Sangre, A. Patología.) (\*)
- ( ) Procedimiento no realizado y/o insumos no utilizados y cargados al estado de cuenta corriente
- ( ) Especificar el Detalle (Concepto de pago)

.....  
Por el importe de S/. ..... Soles

Área donde se solicitó el servicio C. Externa ( ) Hospitalización ( ) Emergencia ( )

Adjunto: Comprobante de pago (Usuario y Servicio) (\*\*)

Copia del DNI del paciente.

En caso de familiares: Solicitud donde acredita grado de parentesco del paciente más DNI del familiar.

(\*\*) En caso de pérdida de comprobante de pago, el paciente adjuntará la constancia de pago previo trámite respectivo.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_

Numero de Celular:



## INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE DEVOLUCION DE DINERO

Este formulario se utilizara cuando el servicio no se brinde en la fecha indicada por causas atribuibles al Hospital "San Juan de Lurigancho".

Este formulario será llenado de la siguiente manera:

1. Colocar nombres y apellidos del paciente
2. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del paciente
3. Colocar número de historia clínica o número de ficha de atención de emergencia del paciente.
4. Marcar el motivo de la devolución.
5. Especificar el detalle de la devolución (Nombre del servicio no atendido, nombre del médico que no atendió, nombre del medicamento y/o insumos)
6. Indica el Área donde se solicitó el servicio.
7. Colocar el nombre en cifras.
8. Marcar los documentos adjuntos obligatorios según directiva.
9. Si el solicitante es el familiar del paciente, adjuntar solicitud donde acredita el grado de parentesco y fotocopiado del DNI del solicitante.
10. Colocar firma y huella del solicitante.

### IMPORTANTE

Tramite documentario al recepcionar la solicitud deberá verificar el correcto llenado de este formato, colocando el sello fechador u número de expediente en la solicitud.



**Anexo N° 02:**  
**Formulario de solicitud para constancia de pago.**

**SOLICITUD DE ACREDITACION DE CARGO DE PARENTESCO DEL PACIENTE**

Señor Director Ejecutivo de Administración del Hospital San Juan de Lurigancho

Yo.....

Con D.N.I N°.....

Declaro ser familiar del paciente:

.....

Con Historia Clínica N° :.....el cual no puede realizar el trámite de devolución de dinero

Por encontrarse en la siguiente situación:

Menor de Edad (    ), discapacidad (    ), Hospitalizado (    ), en Emergencia (    ), fallecido (    )

Grado de parentesco: Padre (    ) Madre (    ), otros especifique .....

En caso de representante legal (    ) Adjuntar carta poder

**IMPORTANTE:**

Adjuntar Fotocopia del DNI del familiar

Lima.....de.....del 202

.....  
 Firma del Solicitante

**Numero de Celular:**



## INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE SOLICITUD DONDE SE ACREDITA EL GRADO DE PARENTESCO DEL PACIENTE

Este formulario se utilizara para acreditar que el paciente no puede realizar el trámite de la devolución de la devolución de dinero.

Este formulario será llenado de la siguiente manera:

1. Colocar nombres y apellidos del solicitante (familiar)
2. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del solicitante (familiar)
3. Colocar número de Historia Clínica y/o número de ficha de atención de emergencia del paciente.
4. Colocar la situación y/o motivo en que se encuentra el paciente
5. Colocar el grado de parentesco del paciente
6. Adjuntar fotocopia de DNI del familiar o Representante legal.
7. Colocar firma y huella digital del solicitante.

### IMPORTANTE

Tramite documento al recepcionar la solicitud deberá verificar el correcto llenado de este formato, colocando el sello fechador u número de expediente en la solicitud.



**Anexo N° 03:**  
**Formulario de solicitud de conformidad de devolución de dinero.**

**Expediente N°.....**

Nombres y Apellidos del solicitante:.....

Nombres y Apellidos del Paciente: .....

Número de DNI del solicitante: .....

Descripción del servicio de devolución.....

.....

.....

Importe S/. ..... N° de Boleta o Factura de Venta.....

Fecha: Lima.....de.....del.....

\_\_\_\_\_  
Conformidad del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Cajero



## INSTRUCTIVO DEL LLENADO DEL FORMULARIO DE CONFORMIDAD DE LA DEVOLUCION DE DINERO

Este formulario se utilizara para acreditar que el paciente y/o solicitante da conformidad a la recepción de la devolución de dinero por parte del Hospital San Juan de Lurigancho.

Este formulario será llenado de la siguiente manera:

1. Colocar nombres y apellidos del paciente
2. Colocar nombres y apellidos del familiar
3. Colocar número de documento de identidad nacional (DNI) del solicitante
3. Colocar el detalle de la devolución.
4. Colocar la Monto en soles del importe según boleta.
5. Colocar el Numero de la Boleta de Venta
6. Colocar la firma del paciente y/o solicitante.
7. Colocar la firma del cajero que realiza la devolución.

