



OFICIO N° 000168-2026-GR.LAMB/GERESA/R.SAL.CHIC.-P.S.NUEVAARICA [516387804 - 0]

BETTINA LOSSIO MORILLOS  
GERENTE DE RED DE SALUD CHICLAYO  
RED DE SALUD - CHICLAYO - SALUD LAMBAYEQUE

ASUNTO: EXPEDIENTE DE TRASLADO DE EMERGENCIA PARA CUSTODIA Y REEMBOLSO DE COMBUSTIBLE P.S. NUEVA ARICA MES DE JULIO 2026.

Es grato dirigirme a usted y expresarle mi cordial saludo, y a la vez remitirle 2 expedientes de traslados de emergencia de pacientes asegurados SIS de la IPRESS NUEVA ARICA al Hospital Regional Docente las Mercedes, correspondiente al mes de Julio del presente año , el mismo que ha sido revisado y validado por el responsable de traslado y referencias en IPRESS y Red, por lo que se procede a dar conformidad al traslado de emrgencia prioridad I y II, siendo digitado y enviado al aplicativo ARFSIS WEB, para su posterior revision y reembolso de combustible por parte del SIS en el marco del cumplimiento de la Directiva N°005-2024-SIS/GNF-V.0,aprobado con R.J.N°069-2024-SIS/J.Los expedientes son remitidos a GERESA para continuidad de tramite segun el siguiente detalle:

| N° | FECHA DE TRASLADOS | APELLIDOS Y NOMBRES    | HOSPITAL DE DESTINO            | MONTO SI. DE COMBU STIBLE | OBSERVACIONES     | FOLIOS |
|----|--------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------|-------------------|--------|
| 01 | 26/06/2026         | SANTACRUZ VEGA CESAR   | HOSPITAL REGIONAL LAS MERCEDES | 117.54                    | APENDICITIS AGUDA | 06     |
| 02 | 09/07/2026         | SILVA VASQUEZ KASSANRA | HOSPITAL REGIONAL LAS MERCEDES | 115.14                    | APENDICITIS AGUDA | 06     |

Es propícia la oportunidad para expresarle mi consideracion y estima.

Atentamente.



Firmado digitalmente  
EVELYN TAFUR CHAVARRY  
JEFE DE PUESTO DE SALUD NUEVA ARICA  
Fecha y hora de proceso: 16/07/2026 - 12:12:13

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Gobierno Regional Lambayeque, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sisgedo3.regionlambayeque.gob.pe/verifica/>

[Imprimir](#)
[Volver](#)
[Nueva Consulta](#)
[Página Principal](#)

## DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: SANTACRUZ VEGA CESAR

Documento de Identidad: DNI 16567343

## DATOS DEL SEGURO

Nº de afiliación / inscripción: 2-16567343

Tipo de seguro: **SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)\***

Tipo de asegurado: TITULAR

Tipo de formato: AFILIACIÓN

Fecha de afiliación / levantamiento: 22 / 09 / 2018

Plan de Beneficios: **PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS**

Establecimiento de salud: 140106A201 (RENAES: 0000004329) EL BOSQUE

Ubicación de establecimiento de salud: Dpto: LAMBAYEQUE - Prov: CHICLAYO - Dist: LA VICTORIA

## DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Estado: **ACTIVO**

## INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBE TENER EN CUENTA

1. Si el estado de su seguro figura como **ACTIVO**, usted podrá recibir las prestaciones de salud que le corresponden, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia respectivo de corresponder.

2. Si el estado de su seguro figura como **INACTIVO**, puede deberse a las siguientes causas:

### SIS Empleado

- No se encuentra al día en el pago de sus obligaciones tributarias a SUNAT

### SIS Independiente

- No se encuentra al día en sus aportaciones

### SIS Microempresas

- El conductor no está al día en el pago de las aportaciones
- Habiendo concluido su vínculo laboral, no ha activado su Periodo de Latencia de corresponder

3. Si el estado de su seguro figura como **ANULADO**, puede deberse a las siguientes causas:

### SIS Gratuito

- Cuenta con otro seguro de salud
- Ha cambiado de clasificación socioeconómica

### SIS Empleado

- Ha dejado de ser contribuyente al NRUS, cuenta con trabajadores dependientes, ha pasado a la Categoría Especial del NRUS, su RUC ha sido dado de baja por SUNAT

- Cuenta con otro seguro de salud

### SIS Independiente

- El contrato fue anulado porque se ha dejado de pagar por cuatro meses consecutivos en el caso del componente semisubsidiado, o por tres meses consecutivos en el caso del régimen semicontributivo

- Cuenta con otro seguro de salud

### SIS Microempresas

- El conductor ha informado a REMYPE la baja del trabajador
- Habiendo concluido su vínculo laboral, no ha activado su Periodo de Latencia

4. Si el estado de su seguro figura como **ACTIVO POR LATENCIA** (sólo para trabajadores de microempresas), quiere decir que ha realizado su trámite, ante la UDR correspondiente, a fin de activar su periodo de latencia, en cuyo caso, usted y sus derechohabientes podrán recibir atenciones de salud bajo la cobertura del SIS hasta la fecha límite indicada en la consulta en línea.

5. No olvide que para recibir atenciones de salud, sólo requiere presentar su DNI o Carné de Extranjería (CE) en el establecimiento de salud correspondiente.



PERÚ

Ministerio  
de Salud

Seguro Integral de Salud

GERESA  
LAMBAYEQUE

## HOJA DE REFERENCIA

190

25

00086034

## 1.- DATOS GENERALES

Fecha

Día Mes Año  
26 06 26

Hora

16:30

Asegurado: ☒ SI ☐ NO

SIS

Establecimiento de Origen de la Referencia

Puesto de salud Nueva Arica.

Establecimiento Destino de la Referencia

HOSPITAL LAS MERCEDES

## 2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO:

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS

Nº HISTORIA CLÍNICA

1 9 0 - 0 2 - 1 6 5 6 7 3 4 3 1 6 5 6 7 3 4 3

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombres

Santa Cruz

Vega

Cesar.

Sexo

☐ F☒ M

Edad: Años

53

Meses

Días

Dirección:

Distrito:

Nueva Arica.

Departamento:

Lambayeque.

## 3. RESUMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis

Paciente acude refiriendo dolor abdominal intenso tipo cólico, EVA 9/10 en fosa iliaca derecha, asociado a náuseas, vómitos, hiporexia.

Examen Físico

T°

36.

P.A.

160/90

F.R.

18

F.C.

89.

ARFC, ARFH, AR CH.

Mucosas:

Abdomen: RHA(+), dolor a la palpación superficial en fosa iliaca derecha. Sg. Blumberg(+), Sg. McBurney(+), Sg. Obturador(+). Es. Alvarado= Gpts.

Exámenes Auxiliares

No contamos con laboratorio

Diagnóstico

- 1) Apendicitis aguda
- 2)
- 3)

CIE-10

K35.9

D

P

R

☒☐☐

Tratamiento

## 4. DATOS DE LA REFERENCIA

UPS Destino de la Referencia

Coordinación de la Referencia

Emergencia ☒Consulta Externa ☐Apoyo al Diagnóstico (Adjuntar orden) ☐

Fecha en que será atendido:

Hora en que será atendido:

Nombre de quién lo atenderá

Nombre con quién se coordinó la atención:

Especialidad de Destino

Pediatria ☐Medicina ☐Cirugía ☒Gineco-Obst. ☐Lab. ☐Dx. Imag ☐Otro ☐

Condiciones del Paciente al Inicio del Traslado

Estable ☒Mal estado ☐

| Responsable de la RF.                                                                                                                                             | Responsable del Establecimiento                                                                                                                                   | Personal que acompaña                                                                                                                                             | Personal que recibe                                                                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nombre: <u>Heidy CB</u>                                                                                                                                           | Nombre: <u>Heidy CB</u>                                                                                                                                           | Nombre: <u>Maria Roxana Diaz Jimenez</u>                                                                                                                          | Nombre: <u>José Octavio Pozo Tarrillo</u>                                                                                                                         |
| Colegiatura: <u>117621</u>                                                                                                                                        | Colegiatura: <u>117691</u>                                                                                                                                        | Colegiatura: <u>CEP. 114079</u>                                                                                                                                   | Colegiatura: <u>117621</u>                                                                                                                                        |
| Profesión: <input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetiz<br><input type="checkbox"/> Otro | Profesión: <input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetiz<br><input type="checkbox"/> Otro | Profesión: <input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetiz<br><input type="checkbox"/> Otro | Profesión: <input type="checkbox"/> Médico<br><input checked="" type="checkbox"/> Enfermera<br><input type="checkbox"/> Obstetiz<br><input type="checkbox"/> Otro |
| <u>Dra. Heidy A. Carranza Barturen</u><br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP: 117621<br>Firma y sello                                                                         | <u>Dra. Heidy A. Carranza Barturen</u><br>MÉDICO CIRUJANO<br>CMP: 117621<br>Firma y sello                                                                         | <u>Maria Roxana Diaz Jimenez</u><br>LIC. EN ENFERMERIA<br>CEP. 114079<br>Firma y sello                                                                            | <u>José Octavio Pozo Tarrillo</u><br>LIC. EN ENFERMERIA<br>RNE: 042459<br>Firma y sello                                                                           |

Condiciones del Paciente a la llegada al Establecimiento Destino de la Referencia

☐ Estable☒ Mal Estado☐ Fallecido



PERU

Ministerio  
de Salud

SIS

Seguro  
Integral  
de SaludGERESA  
LAMBAYEQUE

## FORMATO ÚNICO DE ATENCIÓN - FUA

|                   |     |          |                                       |    |          |
|-------------------|-----|----------|---------------------------------------|----|----------|
| NÚMERO DE FORMATO |     |          | N° FUA PRESTACIÓN DE SALUD A VINCULAR |    |          |
| 00004364          | 26A | 00000015 | 00004364                              | 26 | 00073914 |

|                               |  |                                             |  |
|-------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| CÓDIGO RENIPRESS DE LA IPRESS |  | NOMBRE DE LA IPRESS QUE REALIZA LA ATENCIÓN |  |
| 00004364                      |  | P.S. NUEVA ARICA                            |  |

|                         |                           |                         |            |                         |  |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|------------|-------------------------|--|
| DEL ASEGURADO / USUARIO |                           |                         |            |                         |  |
| IDENTIFICACIÓN          |                           | CÓDIGO DE ASEGURADO SIS |            | ASEGURADO DE OTRA IAFAS |  |
| TO                      | N° DOCUMENTO DE IDENTIDAD | DIRESA / OTROS          | NÚMERO     | INSTITUCIÓN             |  |
| 2                       | 76567343                  | 190                     | 2 16567343 | COD. SEGURO             |  |
| APELLIDO PATERNO        |                           |                         |            | APELLIDO MATERNO        |  |
| SANTACRUZ               |                           |                         |            | UEGA                    |  |
| PRIMER NOMBRE           |                           |                         |            | OTROS NOMBRES           |  |
| CESAR                   |                           |                         |            |                         |  |

|                                               |                                          |     |     |     |                                 |       |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------|-----|-----|-----|---------------------------------|-------|
| SEXO                                          | FECHA                                    | DÍA | MES | AÑO | N° DE HISTORIA CLÍNICA          | ETNIA |
| MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> | FECHA PROBABLE DE PARTO / FECHA DE PARTO |     |     |     | 16567343                        | 058   |
| FEMENINO <input type="checkbox"/>             | FECHA DE NACIMIENTO                      | 1   | 6   | 05  | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 1 |       |
| SALUD MATERNA                                 |                                          | 7   | 9   | 7   | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 2 |       |
| GESTANTE                                      | FECHA DE FALLECIMIENTO                   |     |     |     | DNI / CNV / AFILIACIÓN DEL RN 3 |       |
| PUERPERA                                      |                                          |     |     |     |                                 |       |

|                                       |     |      |       |                 |             |            |     |     |     |
|---------------------------------------|-----|------|-------|-----------------|-------------|------------|-----|-----|-----|
| DE LA ATENCIÓN EN LA IPRESS DE ORIGEN |     |      |       | HOSPITALIZACIÓN |             |            |     |     |     |
| FECHA DE ATENCIÓN                     |     |      | HORA  | UPS             | COD. PRESTA | FECHA      | DÍA | MES | AÑO |
| DÍA                                   | MES | AÑO  |       |                 |             | DE INGRESO |     |     |     |
| 2                                     | 6   | 2026 | 18:00 |                 | 117         | DE ALTA    |     |     |     |

|                                 |     |      |       |                                     |                     |                     |                                            |
|---------------------------------|-----|------|-------|-------------------------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------------|
| DE LA PRESTACIÓN ADMINISTRATIVA |     |      |       | DE LA ALIMENTACIÓN EN CASA MATERNA  |                     |                     |                                            |
| FECHA                           |     |      |       | MOTIVO DE INGRESO A LA CASA MATERNA |                     |                     |                                            |
| DÍA                             | MES | AÑO  | HORA  | RESIDE EN UNA LOCALIDAD DISTANTE    | CÓDIGO CASA MATERNA | NOMBRE CASA MATERNA | N° FAMILIARES ACOMPAÑANTES DE GEST. PUERNA |
| 2                               | 6   | 2026 | 16:30 | CARECE DE ASISTENCIA DOMICILIARIA   |                     |                     |                                            |
| 2                               | 6   | 2026 | 18:00 | PRESENTA COMPLICACIONES             |                     |                     |                                            |
|                                 |     |      |       | OTRO                                |                     |                     |                                            |

|                            |            |                 |           |                  |  |                                |  |                                           |  |
|----------------------------|------------|-----------------|-----------|------------------|--|--------------------------------|--|-------------------------------------------|--|
| DEL TRASLADO DE EMERGENCIA |            |                 |           | CÓDIGO RENIPRESS |  | NOMBRE DE LA IPRESS DE DESTINO |  | NRO HOJA DE REFERENCIA / CONTRAREFERENCIA |  |
| DEL DESTINO DEL ASEGURADO  |            |                 |           |                  |  |                                |  |                                           |  |
| REFERIDO                   | EMERGENCIA | CONTRA REFERIDO | CURADO    |                  |  |                                |  |                                           |  |
|                            |            |                 | MEJORADO  |                  |  |                                |  |                                           |  |
|                            |            |                 | FALLECIDO |                  |  |                                |  |                                           |  |
| APOYO AL DIAGNÓSTICO       |            |                 |           | 00004317         |  | HOSPITAL REGIONAL LAS MERCEDES |  | 790-25 00086034                           |  |

|              |                   |  |  |  |            |   |   |        |   |   |
|--------------|-------------------|--|--|--|------------|---|---|--------|---|---|
| DIAGNÓSTICOS |                   |  |  |  |            |   |   |        |   |   |
| N°           | DESCRIPCIÓN       |  |  |  | INGRESO    |   |   | EGRESO |   |   |
|              |                   |  |  |  | TIPO DE DX |   |   | CIE-10 |   |   |
| 1            | APENDICITIS AGUDA |  |  |  | ✓          | D | R | K359.  | D | R |
| 2            |                   |  |  |  | P          | D | R |        | D | R |
| 3            |                   |  |  |  | P          | D | R |        | D | R |
| 4            |                   |  |  |  | P          | D | R |        | D | R |
| 5            |                   |  |  |  | P          | D | R |        | D | R |

|                           |                 |                                   |                |          |                 |       |                 |            |                     |              |                  |       |                      |                 |                         |          |                |                 |        |
|---------------------------|-----------------|-----------------------------------|----------------|----------|-----------------|-------|-----------------|------------|---------------------|--------------|------------------|-------|----------------------|-----------------|-------------------------|----------|----------------|-----------------|--------|
| DE LA RENDICIÓN DE GASTOS |                 |                                   |                |          |                 |       |                 |            |                     |              |                  |       |                      |                 |                         |          |                |                 |        |
| TRANSPORTE                |                 |                                   |                |          | VIÁTICOS        |       |                 |            |                     | OTROS GASTOS |                  |       |                      |                 |                         |          |                |                 |        |
| COD. TIPO TRANSPORTE      | COD. TRANSPORTE | DETALLE DE TRANSPORTE             | NRO. PASAJEROS | CANTIDAD | PRECIO UNITARIO | TOTAL | COD. TIPO GASTO | COD. GASTO | DETALLE DE VIÁTICOS | NRO. DIAS    | NRO. COMBUSTIBLE | TOTAL | COD. TIPO OTRO GASTO | COD. OTRO GASTO | DETALLE DE OTROS GASTOS | CANTIDAD | N° BASE (A.L.) | PRECIO UNITARIO | TOTAL  |
| 2                         | 1211            | AMBULANCIA TERRESTRE DE LA IPRESS | 4              | 1        | -               | -     |                 |            |                     |              |                  |       | 1                    | 3111            | COMBUSTIBLE             | 6        | -              | 19.59           | 117.54 |
|                           |                 |                                   |                |          |                 |       |                 |            |                     |              |                  |       |                      |                 | ALQUILO X GALON         |          |                |                 |        |

COD. TIPO TRANSPORTE: 1. AEREO 2. TERRESTRE 3. FLUVIAL 4. MARÍTIMO 5. LACUSTRE

COD. GASTO VIÁTICO: 1. HOSPEDAJE 2. ALIMENTACIÓN 3. MOVILIDAD LOCAL

COD. OTROS GASTOS: 1. COMBUSTIBLE 2. PEAJE 3. TUAJA 4. ALIMENTACIÓN TRASLADOS 5. ALIMENTACIÓN CASA MATERNA

FIRMA Y SELLO DEL RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE SEGUROS  
O LA QUE HAGA SUS VECES

ESTABLECIMIENTO DE SALUD: PS NVA NARCIZO

MICRORED DE SALUD: OXTUPA

PLACA: EXE-223

AÑO: 2026

MES: JUNIO

| N° | SALIDA   |          | RETORNO  |          | TOTAL DE VUELOS | KILOMETRAJE |         |             | CONSUMIBLE (GALONES)            |                              |                              | PILOTO DE AMBULANCIA |       | DATOS DE LA REFERENCIA / CONTRA REFERENCIA |                          |                          |                      |                   | DATOS DEL PACIENTE  |      |      |                            |                        | OBSERVACIÓN |
|----|----------|----------|----------|----------|-----------------|-------------|---------|-------------|---------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|-------|--------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|-------------------|---------------------|------|------|----------------------------|------------------------|-------------|
|    | FECHA    | HORA     | FECHA    | HORA     |                 | SALIDA      | RETORNO | TOTAL DE KM | ENCARGADO AL PARTIR DEL DESPEGO | ENCARGADO AL FINAL DEL VUELO | CONSUMO TOTAL DE COMBUSTIBLE | NOMBRES Y APELLIDOS  | FIRMA | PRESENCIA                                  | PERSONAL ACOMPAÑA        | N° DE HOJA DE REFERENCIA | UNIDAD (C.O. C.E.)   | PRESENCIA DESTINO | NOMBRES Y APELLIDOS | EDAD | SEXO | ESTADO DE SALUD AL INGRESO | NOMBRES DE ACOMPAÑANTE |             |
| 1  | 01/06/26 | 15:20 PM | 01/06/26 | 20:55 PM | 5:35            | 192         | 192     | 192         | 7                               | 7                            | 7                            | DEANAM DIAZ SOLIS    |       | P.S. NVA ANICA                             | TEC MANITO CASANO        | 0017356                  | DR. N. QUINTES AGUIA | 1925              | SILVA DJORDJEN      | 4    | M    | MAZ PITADO                 |                        |             |
| 2  | 04/06/26 | 11:30 PM | 04/06/26 | 23:36 PM | 12:06           | 176         | 176     | 176         | 7                               | 7                            | 7                            | JOSE RIVERA BEJAR    |       | P.S. NOEVA ANICA                           | DR. HAYKOL LOPEZ CARRERA | 0017391                  | HERNANDEZ VARGAS     | 1925              | DECELAN DE LOPEZ    | 58   | F    | ESTABLE                    |                        |             |
| 3  | 06/06/26 | 12:09 PM | 06/06/26 | 16:41 PM | 4:32            | 178         | 178     | 178         | 6                               | 6                            | 6                            | JOSE RIVERA BEJAR    |       | P.S. NOEVA ANICA                           | DR. HAYKOL CARRERA       | 0017390                  | HERNANDEZ VARGAS     | 1925              | ALDEIA SANCOS       | 66   | F    | MAZ ESTADO                 |                        |             |
| 4  | 11/06/26 | 13:00 PM | 11/06/26 | 17:57 PM | 4:57            | 170         | 170     | 170         | 5                               | 5                            | 5                            | DEANAM DIAZ SOLIS    |       | P.S. NVA ANICA                             | LIC. DEXANA DIAZ         | 0017383                  | DECELAN DECELAN      | 1925              | ALDEIA SANCOS       | 10   | F    | MAZ ESTADO                 |                        |             |
| 5  | 12/06/26 | 12:00 PM | 12/06/26 | 1:10 PM  | 1:10            | 190         | 190     | 190         | 6                               | 6                            | 6                            | JOSE RIVERA BEJAR    |       | P.S. NOEVA ANICA                           | LIC. MEZERA HOYO         | 0017398                  | HERNANDEZ VARGAS     | 1925              | ALDEIA SANCOS       | 19   | F    | MAZ ESTADO                 |                        |             |
| 6  | 13/06/26 | 17:20 PM | 13/06/26 | 21:14 PM | 4:10            | 181         | 181     | 181         | 5                               | 5                            | 5                            | DEANAM DIAZ SOLIS    |       | P.S. NVA ANICA                             | LIC. DEXANA DIAZ         | 0017393                  | HERNANDEZ VARGAS     | 1925              | ALDEIA SANCOS       | 57   | M    | MAZ ESTADO                 |                        |             |
| 7  | 26/06/26 | 11:30 PM | 26/06/26 | 11:30 PM | 5h              | 186         | 186     | 186         | 6                               | 6                            | 6                            | DEANAM DIAZ SOLIS    |       | P.S. NVA ANICA                             | LIC. DEXANA DIAZ         | 0017394                  | HERNANDEZ VARGAS     | 1925              | ALDEIA SANCOS       | 53   | M    | MAZ ESTADO                 |                        |             |
| 8  |          |          |          |          |                 |             |         |             |                                 |                              |                              |                      |       |                                            |                          |                          |                      |                   |                     |      |      |                            |                        |             |
| 9  |          |          |          |          |                 |             |         |             |                                 |                              |                              |                      |       |                                            |                          |                          |                      |                   |                     |      |      |                            |                        |             |
| 10 |          |          |          |          |                 |             |         |             |                                 |                              |                              |                      |       |                                            |                          |                          |                      |                   |                     |      |      |                            |                        |             |

GOBIERNO REGIONAL LAMBAYEQUE  
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD  
UNIDAD DE OPERACIONES DE LAS AMBULANCIAS  
Jose Alfredo Rivera Bejar  
PILOTO DE AMBULANCIA

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE  
GOBIERNO REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE  
UNIDAD DE OPERACIONES DE LAS AMBULANCIAS  
Jose Alfredo Rivera Bejar  
PILOTO DE AMBULANCIA

# ANEXO N°01

## FORMATO DE REPORTE DEL CONSUMO EN EL TRASLADO DE EMERGENCIA

### Datos del Asegurado

|                                                  |                                           |                            |
|--------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|
| <b>Nombres y Apellidos Completos</b>             | <b>Edad</b>                               | <b>Fecha de Nacimiento</b> |
| SANTACRUZ VEGA CESAR                             | 55                                        | 16/05/1971                 |
| <b>Formato Único de Atención</b>                 | <b>Código de afiliación</b>               |                            |
| 00004364-26A-00000015                            | 2-16567343                                |                            |
| <b>Diagnóstico:</b>                              | <b>APENDICITIS AGUDA, NO ESPECIFICADA</b> | <b>CIE 10:</b> K359        |
| <b>Tipo de Traslado</b>                          |                                           |                            |
| <b>Emergencia:</b>                               | <b>X</b>                                  | <b>Hospitalización:</b>    |
| <b>Tipo de ambulancia que brinda el Servicio</b> |                                           | <b>P. Esperanza - EHR:</b> |
| <b>Pública:</b>                                  | <b>X</b>                                  | <b>Privada:</b>            |
|                                                  |                                           | <b>Otros:</b>              |

### Datos de Referencia

|                                                                          |                                        |
|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|
| <b>Nombre de la IPRESS que refiere</b>                                   | <b>Código RENAES</b>                   |
| PUESTO DE SALUD NUEVA ARICA                                              | 00004364                               |
| <b>Fecha y Hora de la Referencia (dd/mm/aa; 00:00)</b>                   | <b>Nombre de la IPRESS de destino</b>  |
| 26/06/2026 18:00                                                         | HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES |
| <b>Reconido (Origen Destino Origen)</b>                                  | <b>KM</b>                              |
| PS NUEVA ARICA - HOSPITAL REGIONAL DOCENTE LAS MERCEDES - PS NUEVA ARICA | 186.00                                 |
| <b>Cantidad de Galones o m³ Utilizados</b>                               | <b>Tipo de Combustible</b>             |
| 6.00                                                                     | PETROLEO                               |
| <b>Costo por Galón</b>                                                   | <b>Total Importe</b>                   |
| 19.59                                                                    | S/. 117.54                             |
| <b>Nombre o Razón social del Proveedor</b>                               | <b>RUC</b>                             |
| MEGA GAS S.A.C                                                           | 20507312277                            |

### Detalle del Gasto (Traslado Importe + TUUA): (\*)

(\*) Declaración bajo juramento, que los gastos por el traslado son:

|                |               |                    |                                |
|----------------|---------------|--------------------|--------------------------------|
| <b>Porale:</b> | <b>Aéreo:</b> | <b>Importe: S/</b> | <b>TUUA: S/</b>                |
| Terrestre:     | Importe: S/   | TUUA: S/           | Marítimo: Importe: S/ TUUA: S/ |
| Fluvial        | Importe: S/   | TUUA: S/           | Lacustre: Importe: S/ TUUA: S/ |
| <b>TOTAL</b>   |               |                    |                                |

|                      |                     |                            |
|----------------------|---------------------|----------------------------|
| <b>Combustible</b>   | <b>S/. 117.54</b>   | <b>Tipo de combustible</b> |
| <b>Viáticos:</b>     | <b>Nro Personas</b> | <b>Total</b>               |
| <b>Otros Gastos:</b> | <b>Total:</b>       | <b>S/. 117.54</b>          |

### ASIGNACIÓN POR ALIMENTACIÓN (por parte del Familiar o Acompañante) (\*)

|                                                                     |                                                |                                                 |
|---------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <b>Nombre y Apellidos completos de Familiar o Acompañante</b>       | <b>DNI</b>                                     | <b>Domicilio</b>                                |
| <b>Monto Diario recibido por 3 comidas (desayuno/almuerzo/cena)</b> | <b>Fechas del (dd/mm/aaaa) al (dd/mm/aaaa)</b> | <b>Monto total por Concepto de alimentación</b> |

Firma y Huella Digital del Familiar o Acompañante, en señal de

Firma

Huella

(\*) Información declarada, bajo responsabilidad; sometiendo a las disposiciones de la Ley N.° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General. Asimismo autorizo al Seguro Integral de Salud a iniciar las acciones correspondientes en caso falte a la verdad.



**Jefe/Gerente/Personal acompañante EESS**  
**Evelyn Tafur Chavarry**  
 LIC. ENFERMERIA  
 JEFA DE LA IPRESS NUEVA ARICA



**Tec. Enf. Maritza Castro Valdivia**  
**Jefa de Unidad de Seguros**

MEGA GAS S.A.C.  
R.U.C. 20507312277  
AV. FELIPE S. SALAVERRY NRO. 490 ZONA  
PATAZCA CHICLAYO CHICLAYO LAMBAYEQUE

26/06/2026 19:43:13  
Trans No. 1065593/2

20163833094 - GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Usuario : TOYOTA  
Tarjeta : 7055054042 Vale : 8017  
Placa : EUG-223 Odometro : 79872  
Credito

\*\*\*\*\* NOTA DE DESPACHO \*\*\*\*\*  
\*\*\*\*\* NO ES COMPROBANTE DE PAGO \*\*\*\*\*

Lado 04 DIESEL B5 UV  
6.000 GLL x 19.590 S/ 117.54  
Dif. Precio S/ 2.46

Total: S/ 120.00

Nombre \_\_\_\_\_

DNI \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_  
Cajero: JUAN FERNANDEZ SEGURA