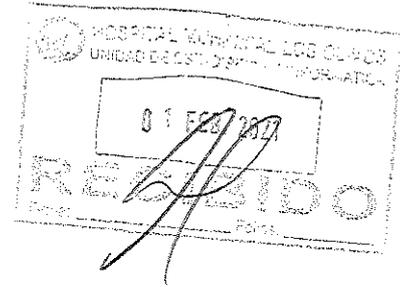




HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

00000060



DIRECCION GENERAL

NOTIFICACIÓN ADMINISTRATIVA N° 018-2021/HMLO/DG

DESTINATARIO : Dirección Médica y Epidemiología
Gerencia de Administración y Finanzas
Oficina de Planeamiento y Presupuesto
Oficina Asesoría Jurídica
Oficina de Gestión de la Calidad y Derecho de las Personas
e Imagen Institucional
Unidad de Recursos Humanos y Gestión de Riesgos
Unidad de Contabilidad
Unidad de Tesorería
Unidad de Logística y Control Patrimonial
Unidad de Servicios Generales
Unidad de Estadística e Informática

REFERENCIA : RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 018-2021-HMLO

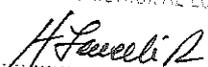
APROBAR la DIRECTIVA N°001-2021-HMLO/COAPSO denominada: "NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO, CONTROL, EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DE APOYO SOCIAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS A SUS COLABORADORES Y USUARIOS EXTERNOS", que, en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

Asimismo, ENCARGAR a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente resolución.

FECHA : Los Olivos, 01 de febrero del 2021

Me dirijo a ustedes con la finalidad de remitirles adjunto al presente la RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 018-2021-HMLO de la referencia para su conocimiento y fines, conforme corresponda.

Atentamente,

HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS

HUMBERTO DARIÓ ZANELLI REYES
Gerencia General
C.I. 17998 - RNE 00607

RESOLUCIÓN DIRECTORAL N° 018-2021/HMLO

Los Olivos, 01 de febrero de 2021

VISTO: El Informe N°0001-2021-HMLO/COAPSO; el Informe N°101-2021-HMLO/OPP; el Informe N°125-2021-HMLO/OAJ; Acta de Reunión N° 0001-2021-HMLO/COAPSO y,

CONSIDERANDO:



Que, el Hospital Municipal Los Olivos es un Organismo Público Descentralizado con personería jurídica de derecho público que ejerce sus funciones con autonomía administrativa, económica, técnica y con patrimonio propio en los asuntos de su competencia, siendo creado mediante Ordenanza N°127-CDLO y sus modificatorias.



Que, el Decreto Supremo N°054-2018-PCM, y su modificatoria mediante Decreto Supremo N°131-2018-PCM, se aprueban los lineamientos de organización del Estado y de acuerdo a lo señalado en su artículo 2° se busca que las entidades del Estado, conforme a su tipo, competencias y funciones, se organicen de la mejor manera a fin de responder a las necesidades públicas, en beneficio de la ciudadanía, precisando en su literal h) que es de aplicación a los organismos públicos de los niveles regional y local, independientemente de la denominación formal de las normas que los creen o reconozcan.

Que, mediante la Resolución Directoral N° 050-2018/HMLO del 23 de mayo de 2018 se designó a los integrantes del Comité de Apoyo Social del HMLO, a su vez mediante Resolución Directoral N°018-2021/HMLO del 01 de febrero 2021 se procedió a reconstituir el Comité de Apoyo Social.



En ese sentido, la presidenta del Comité de Apoyo Social del HMLO mediante Informe N°0001-2021-HMLO/COAPSO de fecha 01 de febrero 2021 envía la propuesta de directiva denominada "Normas para el otorgamiento, control, evaluación y aplicación de apoyo social del Hospital Municipal Los Olivos a sus colaboradores y usuarios externos" con el objetivo de establecer los mecanismos administrativos para el otorgamiento, control, evaluación y aplicación de apoyo social que pueda brindar el Hospital Municipal Los Olivos a sus colaboradores y usuarios externos.



Que, mediante Memorandum N°101-2021-HMLO/OPP del 01 de febrero 2021, la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, procedió a revisar el contenido de la mencionada directiva, prescribiendo que es viable su ejecución, siendo remitido a la Oficina de Asesoría Jurídica; que su vez, opinó por la procedencia de su aprobación.

Que, mediante los Vistos del Comité de Apoyo Social del Hospital Municipal Los Olivos, de la Oficina de Planeamiento y Presupuesto; y, de la Oficina de Asesoría Jurídica, opinan favorablemente al proyecto de directiva.



Que, de conformidad con el literal c), del Artículo Trigésimo Quinto del Estatuto del Hospital Municipal Los Olivos aprobado por Ordenanza N°417-CDLO, modificado por Ordenanza N°428-CDLO y Ordenanza N°513-CDLO, establece las funciones de la Dirección General del Hospital Municipal de los Olivos: "(...) Expedir Resoluciones Directorales en concordancia con las políticas y lineamientos del Consejo Directivo, de acuerdo a su competencia (...)"

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- APROBAR la DIRECTIVA N°001-2021-HMLO/COAPSO denominada: "NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO, CONTROL, EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DE APOYO SOCIAL DEL HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS A SUS COLABORADORES Y USUARIOS EXTERNOS", que, en anexo forma parte integrante de la presente resolución.

RESOLUCIÓN DIRECTORAL Nº 018-2021/HMLO

Los Olivos, 01 de febrero de 2021

ARTÍCULO SEGUNDO.- ENCARGAR a la Oficina de Planeamiento y Presupuesto, dar cumplimiento a lo dispuesto en la presente resolución.

ARTÍCULO TERCERO.- DISPONER a la Unidad de Estadística e Informática la publicación de la presente resolución en el portal web institucional www.hospitalmunilosolivos.gob.pe.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.

Cc. Archivo
DM
GAF
OPP
OAJ
OGCDPEII
URRHHyGR
UC
UT
ULCP
USSGG
UEI



[Handwritten signature]

HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS
[Handwritten signature]
HUMBERTO DARIO ZIVELLI REYES
Director General
C. P. 017988 - RNE 008071



[Handwritten initials]

[Handwritten signature]



DIRECTIVA N° 001-2021-HMLO/COAPSO

**“NORMAS PARA EL
OTORGAMIENTO, CONTROL,
EVALUACIÓN Y APLICACIÓN DE
APOYO SOCIAL DEL HOSPITAL
MUNICIPAL LOS OLIVOS A SUS
COLABORADORES Y USUARIOS
EXTERNOS”**



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

VI. DEFINICIONES

Por efectos de la aplicación de la presente directiva se denominará Apoyo Social a las acciones desarrolladas por el Hospital Municipal Los Olivos orientadas a brindar o facilitar el acceso a determinados servicios requeridos por los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos y sus familiares en primera línea de consanguinidad; y los usuarios externos (ambulatorios) que acrediten la necesidad correspondiente, que se encuentren en situaciones de emergencia temporal y que comprometan principalmente su estado de salud.

VII. DISPOSICIONES GENERALES

Para el otorgamiento del apoyo social por parte del Hospital Municipal Los Olivos se priorizará su atención de acuerdo a la evaluación y posterior aprobación por parte de la Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas; teniendo en cuenta la naturaleza social, siendo su aplicación de acuerdo a:

- a) El Apoyo Social de asistencia médica serán otorgados a los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos y sus familiares en primera línea de consanguinidad; y a los usuarios externos (ambulatorios) que acrediten la necesidad correspondiente para cubrir un porcentaje de descuento posterior a evaluación del caso presentado que puede variar entre 10% a 20%.
- b) El Apoyo Social de asistencia médica a los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos conjuntamente con sus familiares en primera línea de consanguinidad; y a los usuarios externos (ambulatorios) que acrediten la necesidad correspondiente, en la cual, se le otorgarán un descuento del monto total facturado.
- c) El Apoyo Social respecto al pago de los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos, puede realizarse al contado, o, mediante descuento por planilla de acuerdo a la opinión del Comité de Apoyo Social y la aprobación por parte de Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas si es realizado en el mes en curso (entre el día 1 y 20), caso contrario, sería en el siguiente mes; no obstante, si el colaborador deja de laborar se procederá al descuento en la liquidación correspondiente.

El descuento en las remuneraciones es apto para todos los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos.

Por otro lado, existe un apoyo distinto denominado "Crédito Virtual", el cual únicamente se aplica a los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos, el cual debe ser presentado únicamente por mesa de partes adjuntando copia DNI, solicitud y documento alguno que acredite el vínculo laboral ya sea el contrato o boleta de pago, para la opinión



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

- Formato N°3: Declaración jurada de no haber recibido ningún apoyo social en un período de un año atrás

X. PROCEDIMIENTOS PARA ATENDER CASOS DEL APOYO SOCIAL

Para que, el Hospital Municipal Los Olivos, pueda otorgar apoyo social en cualquiera de los casos comprendidos deberá cumplir con los siguientes requisitos y procedimientos:

Los casos de apoyo sociales se dividirán de acuerdo al porcentaje (%) de gastos que amerite cada atención, según lo indicado líneas abajo.

Cabe recalcar que se estaría brindando un determinado descuento al total de la facturación al finalizar la atención médica; éste estará sujeto a la evaluación por parte del Comité de Apoyo Social y aprobación por parte de Dirección General y /o Gerencia de Administración y Finanzas.

A) Atenciones entre, el 10% y 13% de descuento del monto total facturado:

Del Solicitante:

- Solicitud dirigida a la Dirección General presentada a través de mesa de partes, detallando el apoyo requerido. En dicho documento deberá consignar los nombres y apellidos completos, dirección y número del documento nacional de identidad (DNI) del solicitante y del beneficiario.
- En caso de enfermedad, se deberá adjuntar adicionalmente el diagnóstico, certificado y/o constancia emitida por el médico responsable del paciente del establecimiento de salud, así como las recetas e indicaciones del tratamiento en que se sustente la necesidad del apoyo.

Del Hospital Municipal Los Olivos:

- El Comité de Apoyo Social recepcionará el trámite correspondiente a través de mesa de partes; el cual deberá ser derivado a Dirección General y posterior a ello el Comité de Apoyo Social emitirá su opinión y/o recomendación sobre el caso presentado para derivarlo nuevamente a Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas para su custodia y aprobación del caso, si éste lo amerita



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

- En caso de enfermedad, se deberá adjuntar adicionalmente el diagnóstico, certificado y/o constancia emitida por el médico responsable del paciente del establecimiento de salud, así como las recetas e indicaciones del tratamiento en que se sustente la necesidad del apoyo.

Del Hospital Municipal Los Olivos:

- El Comité de Apoyo Social remite su informe sobre el caso de apoyo social recepcionado, con sus opiniones y/o recomendaciones respectivas a Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas.
- Posterior a ello, de ser procedente o no, Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas deberá de emitir un informe a mesa de partes para comunicar al beneficiario dicha respuesta, considerando una copia del resultado para el Comité de Apoyo Social.
- En caso de una emergencia o cuando se amerite una atención urgente donde se encuentre en riesgo la vida humana, el Director General y/o la Gerencia de Administración y Finanzas podrá autorizar el Apoyo Social telefónicamente donde indique expresamente la prioridad de atención.

XI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS:

- 11.1 El colaborador del Hospital Municipal Los Olivos que otorgue Apoyo Social al margen de lo establecido en la presente directiva es responsable único de lo que pudiera ocasionar la acción tomada al margen del procedimiento establecido y se aplicaría los procesos correspondientes a ley.
- 11.2 Las disposiciones aprobadas en la presente directiva deberán ser de conocimiento a los colaboradores del Hospital Municipal Los Olivos y familiares en primera línea de consanguinidad, y a los usuarios externos (ambulatorios) que acrediten la necesidad correspondiente o que estén interesados en ser beneficiados por el apoyo social correspondiente.



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
 Calidad, Calidez y Tecnología.

Administración y Finanzas para la respectiva aprobación donde se estará brindando un mayor descuento.

Para estos casos se deberán adjuntar:

- Formato N°1: Solicitud dirigida a dirección general para solicitar el apoyo social.
- Formato N°2: Declaración jurada de datos.
- Formato N°3: Declaración jurada de no haber recibido ningún apoyo social en un periodo de un año atrás

XII. ANEXOS:

FLUJOGRAMAS:

- ✓ FLUJOGRAMA N°1: PRESENTACION DE EXPEDIENTES POR MESA DE PARTES.
- ✓ FLUJOGRAMA N°2: CREDITO VIRTUAL HACIA LOS COLABORADORES DEL HMLO.
- ✓ FLUJOGRAMA N°3: USO DE OXIGENO MEDICINAL DE MANERA EXCLUSIVA.

FORMATOS:

- ✓ FORMATO N°1: SOLICITUD DIRIGIDA A DIRECCIÓN GENERAL PARA SOLICITAR EL APOYO SOCIAL.
- ✓ FORMATO N°2: DECLARACION JURADA DE DATOS.
- ✓ FORMATO N°3: DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER RECIBIDO NINGUN APOYO SOCIAL EN UN PERIODO DE UN AÑO ATRÁS.
- ✓ FORMATO N°4: FICHA SOCIAL.
- ✓ FORMATO N°5: CONSTANCIA DE VISITA DOMICILIARIA.
- ✓ FORMATO N°6: SOLICITUD DE OXIGENO MEDICINAL.
- ✓ FORMATO N°7: FORMATO DE ESTADO DE EMERGENCIA.

ACTAS:

- ✓ ACTA N° 1: OPINION y/o RECOMENDACIÓN SOBRE EL CASO DE APOYO SOCIAL POR PARTE DEL COMITÉ DE APOYO SOCIAL.

SOLICITUDES:

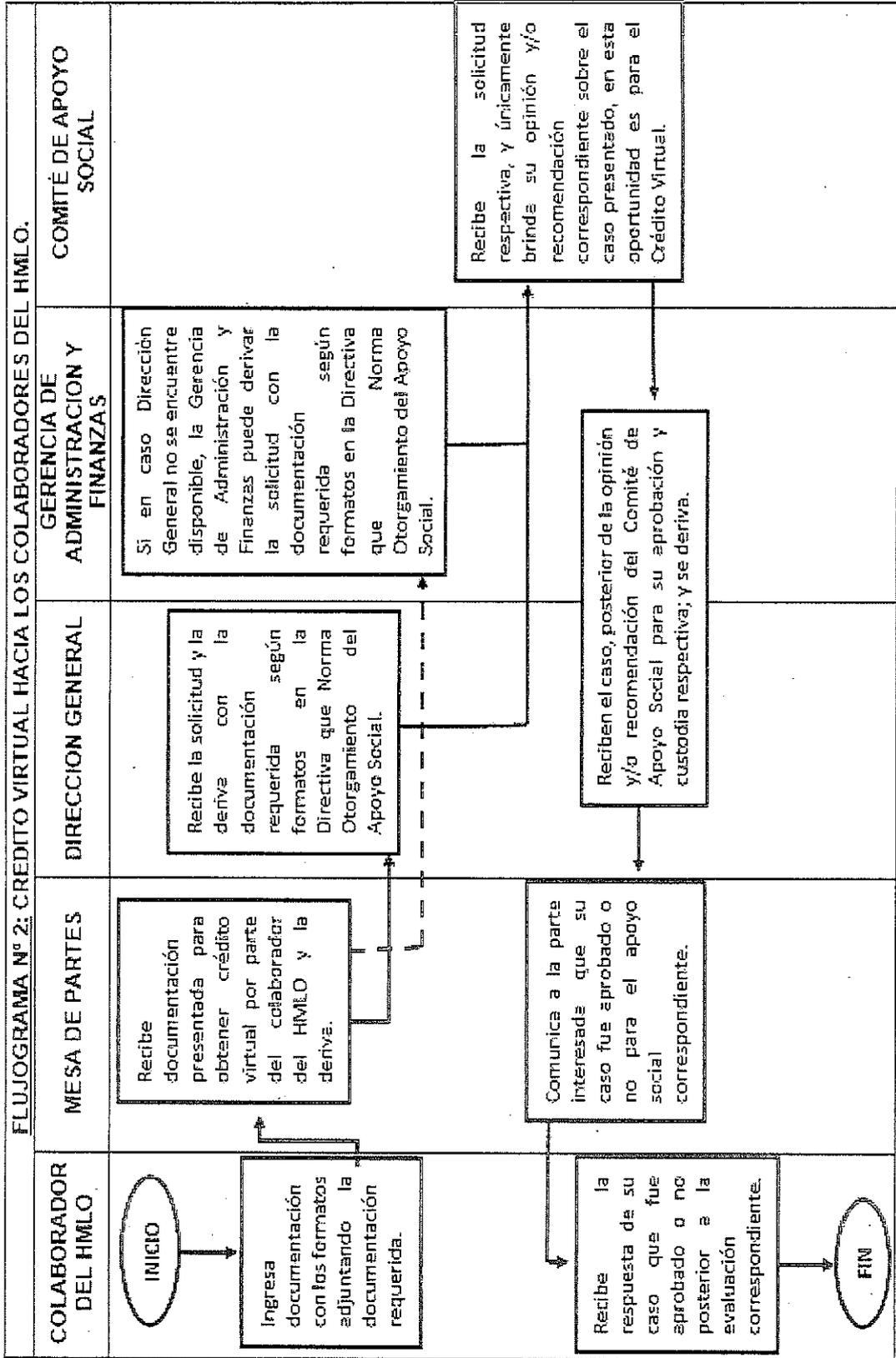
- ✓ SOLICITUD N° 1: SOLICITUD REQUIRIENDO APOYO PARA OBTENER EL CREDITO VIRTUAL.
- ✓ SOLICITUD N° 2: SOLICITUD REQUIRIENDO OXIGENO MEDICINAL.

INVITACION

- ✓ INVITACION N° 1: INVITACION A PERSONAL MEDICO PARA LA OPINION y/o RECOMEDANCION DEL CASO DE APOYO SOCIAL.



FLUJOGRAMA N° 2: CREDITO VIRTUAL HACIA LOS COLABORADORES DEL HMLO.



[Handwritten signatures and notes at the bottom of the page]



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

FORMATOS

FORMATO N° 1: SOLICITUD DIRIGIDA A DIRECCIÓN GENERAL PARA SOLICITAR EL APOYO SOCIAL

Yo, _____
con DNI N° _____, domiciliado en _____

en calidad de: SOLICITANTE () / BENEFICIARIO (), con número de teléfono _____.

Y, _____
con DNI N° _____, domiciliado en _____

en calidad de: SOLICITANTE () / BENEFICIARIO () con número de teléfono _____.

Acudimos a su despacho con el objetivo de que nos brinden el apoyo social para _____

en lo cual anexamos:

- Diagnostico emitido por el médico responsable.
- Recetas e indicaciones brindadas para el tratamiento correspondiente.
- Copia DNI del solicitante y beneficiario.
- Recibo de servicios (Marca con X): Agua ____. Luz ____. Telf. Fijo: ____. Telf. Celular: ____
- Otros: _____

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, BRINDANDMOS DATOS CORRECTOS Y VERDADEROS GRABANDO NUESTRAS FIRMAS Y HUELLAS DIGITALES, SOMETIENDONOS A LAS SANCIONES DE LEY CORRESPONDIENTES.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____.

BENEFICIARIO

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____

SOLICITANTE

NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

FORMATO N° 3: DECLARACIÓN JURADA DE NO HABER RECIBIDO NINGUN APOYO SOCIAL EN UN PERIODO DE UN AÑO ATRÁS

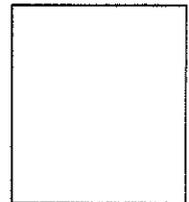
Yo, _____
con Nro. DNI _____, domiciliado en _____
_____ distrito de _____ y con número de teléfono _____.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Que, en mi calidad de beneficiario hasta cuarto grado de consanguinidad, juro no haber recibido ningún apoyo social anteriormente por parte del Hospital Municipal Los Olivos en un periodo de un año atrás.

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, BRINDANDO DATOS CORRECTOS Y VERDADEROS GRABO MI FIRMA Y HUELLA DIGITAL, SOMETIENDOME A LAS SANCIONES DE LEY CORRESPONDIENTES.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____



NOMBRES y APELLIDOS: _____

NRO DNI: _____

**Se anexa copia DNI del solicitante y beneficiario.*



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

Número de personas en el hogar: (Marcar con una X / Indicar cantidad de personas)

Entre 1 a 3 personas	<input type="checkbox"/>	Menores de 17 años	<input type="checkbox"/>
Entre 4 a 6 personas	<input type="checkbox"/>		
Entre 7 a 9 personas	<input type="checkbox"/>	Mayores de 65 años	<input type="checkbox"/>
De 10 a más personas	<input type="checkbox"/>		

Número de personas que trabajan en la familia: _____

Número de personas dependientes en la familia: _____

Jefe de familia y ocupación:

Padre	<input type="checkbox"/>	Empleado	<input type="checkbox"/>
Madre	<input type="checkbox"/>	Obrero	<input type="checkbox"/>
Hermano	<input type="checkbox"/>	Independiente	<input type="checkbox"/>
Cónyuge	<input type="checkbox"/>	Otro:	<input type="checkbox"/>

Marca con una "X" la opción correcta:

Jefe de Familia	Padre	Madre	Otro jefe de familia
Grado de instrucción	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior técnica incompleta <input type="checkbox"/> Superior técnica completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria completa	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior técnica incompleta <input type="checkbox"/> Superior técnica completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria completa	<input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Primaria Incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Superior técnica incompleta <input type="checkbox"/> Superior técnica completa <input type="checkbox"/> Superior universitaria incompleta <input type="checkbox"/> Superior universitaria completa
Espacios de organización	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
Cargos en la organización	<input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Junta Directiva <input type="checkbox"/> Miembro	<input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Junta Directiva <input type="checkbox"/> Miembro	<input type="checkbox"/> Presidente <input type="checkbox"/> Junta Directiva <input type="checkbox"/> Miembro

Trabaja: SI _____ NO _____

Condiciones de trabajo: (Marcar con una X)

Estable	<input type="checkbox"/>	Eventual	<input type="checkbox"/>	Trabajo por hora	<input type="checkbox"/>	Trabajo familiar no remunerado	<input type="checkbox"/>
---------	--------------------------	----------	--------------------------	------------------	--------------------------	--------------------------------	--------------------------

¿Cuántas horas semanales le dedica a su trabajo?	<input type="text"/>
--	----------------------



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

Piedra con barro	
Madera	
Estera	
Otro:	

Cuatro	
Cinco	
Seis	
Más de seis	

El agua que usa en su vivienda proviene de	
Red pública propia (Agua Potable)	
Red pública común (Agua Potable)	
Pozo	
Cisterna	
Otro:	

El agua que usa en su vivienda proviene de	
instalación directa	
Compra prestamos	
Uso de velas o lámparas	
Instalación clandestina	

Ambientes de la vivienda (indicar cantidad)			
Sala		Baños	
Cocina		Garaje	
Dormitorios		Sala de estudios	
Comedor		Otros:	

Material del piso de su vivienda	
Parquet o madera pulida	
Laminas asfálticas o vinilos	
Lósetas o terrazos	
Madera	
Cemento	
Tierra	
Otro:	

Material del techo de su vivienda	
Concreto	
Eternit	
Calamina	
Otro:	

Números de pisos de su vivienda	
Uno	
Dos	
Tres	
Otros:	

SITUACION DE SALUD:

Marcar con una X la (s) enfermedad (es) que presenta

Alergias		Diabetes		Enfermedad psicológica	
Asma		Hipertensión		Hepatitis	
Anemia		Infección Urinaria		Enf. Venéreas	
Cáncer		Tuberculosis		VHI	
cardiopatía		Enfermedad psiquiátrica		Otra:	

Marcar con una X la (s) discapacidad (es) que presenta

De piernas		Sordera		Ceguera	
De brazos		Secuela de polio		Otros:	



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

FORMATO Nº 5: CONSTANCIA DE VISITA DOMICILIARIA
(llenada por el personal que visita el predio)

Estimada (o): _____

Siendo el día de hoy, ____ / ____ / ____, a ____ horas se visitó su domicilio en

_____ para poder realizar la comprobación correspondiente para recibir el apoyo social solicitado.

Marcar de acuerdo a la visita:

- Se encontró presente la persona beneficiaria para lo cual dejamos constancia del presente documento con firma y huella correspondiente.
- No se encontró la persona beneficiaria, para lo cual dejamos constancia del presente documento con firma y huella correspondiente que se visitara en una última oportunidad.

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, BRINDANDMOS DATOS CORRECTOS Y VERDADEROS GRABANDO NUESTRAS FIRMAS Y HUELLAS DIGITALES, SOMETIENDONOS A LAS SANCIONES DE LEY CORRESPONDIENTES.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____

PERSONA BENEFICIARIA
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____

PERSONA RESPONSABLE DE VISITA
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

FORMATO N° 7: FORMATO DE ESTADO DE EMERGENCIA

Yo, _____,
con DNI N° _____, responsable del área _____,
en el horario de _____ a _____, del día ____ / ____ / _____, expongo lo siguiente:

Que, siendo las _____ horas, del día ____ / ____ / _____, y habiéndose presentado el caso del Sr./Sra. _____

con DNI N° _____; siendo una emergencia, se coordinó vía telefónica con la/el _____, del área de _____, al teléfono _____ brindando la autorización correspondiente para el apoyo social, siendo _____.

Se adjunta:

- Diagnostico emitido por el médico responsable.
- Recetas e indicaciones brindadas para el tratamiento correspondiente.
- Copia DNI del solicitante y beneficiario.
- Recibo de servicios (Marca con X): Agua ____ . Luz ____ . Telf. Fijo: ____ . Telf. Celular: ____
- Otros: _____

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, BRINDANDMOS DATOS CORRECTOS Y VERDADEROS GRABANDO NUESTRAS FIRMAS Y HUELLAS DIGITALES, SOMETIENDONOS A LAS SANCIONES DE LEY CORRESPONDIENTES.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____.

RESPONSABLE DEL AREA
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____

PERSONA QUE AUTORIZA
NOMBRES Y APELLIDOS: _____
DNI: _____



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

Así también, indicamos la documentación que adjunta el solicitante y/o beneficiario

#	DOCUMENTO	MARCAR (x)	
		SI	NO
1	Formato N° 1: Solicitud Dirigida A Dirección General Para Solicitar El Apoyo Social.		
2	Formato N° 2: Declaración Jurada De Datos.		
3	Formato N°3: Declaración Jurada De No Haber Recibido Ningún Apoyo Social En Un Periodo De Un Año Atrás		
4	Formato N° 4: Ficha Social.		
5	Formato N° 5: Constancia De Visita Domiciliaria		
6	Formato N° 6 : Solicitud De Oxígeno Medicinal		
7	Formato N° 7: Formato De Estado De Emergencia		
8	Solicitud N° 1: Solicitud Requiriendo Apoyo Social Para Obtener El Crédito Virtual		
9	Solicitud N° 2: Solicitud Requiriendo Oxígeno Medicinal		
9	DNI Solicitante / DNI Beneficiario		
10	Diagnostico emitido por el médico responsable.		
11	Recetas e Indicaciones brindadas para el tratamiento correspondiente.		
12	Recibo de servicios: Agua: ____ Luz: ____ Telf. Fijo: ____ Telf. Celular: ____ (marca con X)		
13	Otros (indicar):		

Se firma la presenta acta para su posterior evaluación y custodia por parte de Dirección General y/o Gerencia de Administración y Finanzas.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____.

Atentamente,

Presidente _____ Firma _____ Nombres/Apellidos	Miembro 1 _____ Firma _____ Nombres/Apellidos
Miembro 2 _____ Firma _____ Nombres/Apellidos	Miembro 3 _____ Firma _____ Nombres/Apellidos
Médico _____ Firma _____ Nombres/Apellidos	



HOSPITAL MUNICIPAL
LOS OLIVOS
Calidad, Calidez y Tecnología.

SOLICITUD N° 2: SOLICITUD REQUIRIENDO OXIGENO MEDICINAL

DR. HUMBERTO ZANELLI REYES
DIRECTOR DEL HOSPITAL MUNICIPAL LOS OLIVOS.
PRESENTE. -

Yo, _____
con Nro. DNI _____ con domicilio en _____

en el distrito de _____, ante usted me presento y expongo lo siguiente:

Ante esta situación de emergencia sanitaria por el COVID-19, solicito su apoyo para obtener de oxígeno medicinal, para mi familiar que se encuentra grave, agradeceré de todo corazón el apoyo brindado que quedo ante usted ante esta solicitud se me conceda.

Para constatar lo dicho anteriormente adjunto:

- Copia DNI del solicitante y beneficiario.
- Diagnostico emitido por el médico responsable.
- Recetas e indicaciones brindadas para el tratamiento correspondiente.
- Recibo de servicios (Marca con X): Agua _____. Luz _____. Telf. Fijo: _____. Telf. Celular: _____
- Otros: _____

POR LO EXPUESTO ANTERIORMENTE, BRINDANDMOS DATOS CORRECTOS Y VERDADEROS GRABANDO NUESTRAS FIRMAS Y HUELLAS DIGITALES, SOMETIENDONOS A LAS SANCIONES DE LEY CORRESPONDIENTES.

LOS OLIVOS, ____ DE _____ DEL 20 ____.

Nombres y Apellidos: _____

Nro. DNI: _____

