



RESOLUCION No. 0629-AD-87

Lima, 23 de JULIO de 1987

Visto el Oficio N° 447-87 presentado por la Federación Peruana de Natación, el cual ha motivado el expediente N° 5192.

CONSIDERANDO:

Que, la Federación recurrente solicita autorización oficial para que la Delegación de Natación del Club " Chacarilla " viaje a la ciudad de Santiago de Chile a participar en el Torneo IV Copa Universidad Católica, que se realizará del 28 de Julio al 06 de Agosto de 1987;

Con las opiniones favorables de la Oficina de Asesoría Jurídica, - Dirección Nacional de Deporte de Afiliados y Dirección Ejecutiva Nacional; y, visto los Certificados Médicos de los deportistas;

De conformidad con lo establecido en el art. 9° - numeral 12 - art. - 77° del Decreto Legislativo N° 328 - Ley General del Deporte y su reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 07-ED-86;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- AUTORIZAR a la Federación Peruana de Natación para que la Delegación del Club "Chacarilla" viaje a la ciudad de Santiago de Chile a participar en el Torneo IV Copa Universidad Católica de Natación, que se realizará del 28 de Julio al 06 de Agosto de 1987.

Artículo Segundo.- La nómina de la Delegación es la siguiente:

- Presidente Delegación : JAIME PESTANA GERVAZI
- Jefe de Equipo : NILS ERICSSON CORREA
- Dama de Compañía : MANUELA BAREDO DE BELLO
- Entrenador : JUAN CARLOS BELLO ANGOSTO
- Delegado : LUCIANO PESTANA DYER
- Deportistas : SORAYA BEATRIZ CASTRO HERRERA
- EDUARDO JOSE ANTONIO BARRETO SOUZA PEIXOTO.
- JULIO CACERES UCEDA
- FERNANDO RAFAEL CASTANEDA PORTOCARRERO
- OSCAR ENRIQUE DUFOUR CATTANEO
- LARS ALAN ERICSSON CHING
- RICARDO ESCALANTE CANORIO
- CHRISTIAN GAUTHIER VELARDE
- JUAN PATINO RIVERO
- JAIME PESTANA DYER
- ALEXANDER SALAZAR BARROS





RESOLUCION No. 0629-AD-87

Lima, 23 de JULIO de 1987

//..

Artículo Tercero.- De conformidad con el art. 77° establecido por el Decreto Legislativo N° 328 y reglamentado por el art. 76° del Decreto Supremo N° 07-ED-86 de fecha 13.03.86, la indicada Delegación Deportiva está exonerada de los impuestos sobre -- signos de aviación a que se contrae el Decreto Legislativo N° 209, -- sobre impuestos a los bienes y servicios del Decreto Ley 22317, -- modificado por el art. 2° del citado Decreto Legislativo N° 209 y -- del impuesto a los viajes al exterior de los Decretos Leyes Nos. -- 22317 y 24030.

Artículo Cuarto.- Los gastos que ocasione la actividad precisada en el artículo primero, afectará al Presupuesto de la Federación Peruana de Natación - Recursos Propios!

Regístrese y Comuníquese.

Victor Castagnola Maldonado

Dr. VICTOR CASTAGNOLA MALDONADO
Jefe del IPD

CMS: DINADAF.
DGC: cg.



Ches 0629-10-87 23/Jul/87

| | | | |
|--|--|--|--------------------|
| INSTITUTO NACIONAL DE RECREACION EDUCACION FISICA Y DEPORTES — IN RED — HOJA DE REGISTRO Y CONTROL | | NOMBRE : FEDERACION PERUANA DE NATACION Of. 447-FPN-87 de 16-7-87 | NUMERO REF: |
| Fecha de INGRESO: 22.07.87 | | ASUNTO: Solicita autorización de Viaje al Club de Natación de "Chacarilla" a Santiago de Chile. | |
| Hora: 09:05 AM | | | |
| Numero de Folios: (20) FOLIOS | | | |
| Registrado por: Ramos | | | |
| Pase a: | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR | No. |
| Remitido por: | | <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA | No. de folio |
| Recibido por: | | <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION | |
| | | <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR | |
| Fecha Hora | | Observaciones: | 5 |

| | | | |
|---|--|---|--------------|
| Pase a: | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR | No. |
| Remitido por: | | <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA | No. de folio |
| Recibido por: | | <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION | |
| | | <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR | |
| Fecha Hora | | Observaciones: | 4 |

| | | | |
|---|--|---|--------------|
| Pase a: | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR | No. |
| Remitido por: | | <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA | No. de folio |
| Recibido por: | | <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION | |
| | | <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR | |
| Fecha Hora | | Observaciones: | 3 |

| | | | |
|---|--|---|--------------|
| Pase a: | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR | No. |
| Remitido por: | | <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA | No. de folio |
| Recibido por: | | <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION | |
| | | <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR | |
| Fecha Hora | | Observaciones: | 2 |

| | | | |
|---|--|---|--------------|
| Pase a: | | <input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR | No. |
| Remitido por: | | <input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA | No. de folio |
| Recibido por: | | <input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION | 26 |
| | | <input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR | |
| Fecha Hora | | Observaciones: | 1 |



Estadio Nacional
Apartado 4983
Lima 1
Teléfono 24-9885
Dirección Cablegráfica:
Natación-Lima



Oficio Nº 447-FPN-87

Lima, 16 de Julio de 1987

Señor Arqº
Carlos Mora Sala
Director Nacional de
Deporte de Afiliados
INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
Presente



INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Documentaria
FOLIO No. 01

ASUNTO: AUTORIZACION DE VIAJE CLUB
DE NATACION " CHACARILLA "

De nuestra consideración:

Nos es grato dirigirnos a usted, a fin de comunicarle, que la Delegación del Club "Chacarilla", nos ha solicitado ante su digno despacho el permiso correspondiente para viajar a la ciudad de Santiago de Chile, los días del 28 de Julio al 06 de Agosto, a participar en el Torneo IV Copa Universidad Católica, al que gentilmente han sido invitados.

Por lo tanto agradeceremos a usted, se sirva ordenar a quien corresponda, se tramite la exoneración de impuestos pertinente.

La delegación que participará es la siguiente:

Presidente : JAIME PESTANA GERVASI
Jefe de Equipo : NILS ERICSSON CORREA
Dama de Compañía : MANUELA BAREDO DE BELLO
Entrenador : JUAN CARLOS BELLO ANGOSTO
Delegado : LUCIANO PESTANA DYER
Nadadores : SORAYA BEATRIZ CASTRO HERRERA
EDUARDO JOSE ANTONIO BARRETO SOUZA PEIXOTO
JULIO CACERES UCEDA
FERNANDO RAFAEL CASTAÑEDA PORTOCARRERO
OSCAR ENRIQUE DUFOUR CATTANEO
LARS ALAN ERICSSON CHING
RICARDO ESCALANTE CANORIO
CHRISTIAN GAUTHIER VELARDE
JUAN PATIÑO RIVERO
JAIME PESTANA DYER
ALEXANDER SALAZAR BARROS

La Delegación viajará vía aérea y no irrogará gasto alguno al-

.//



Estadio Nacional

Apartado 4983

Lima 1

Teléfono 24-9885

Dirección Cablegráfica:

Natación-Lima

//..

Presupuesto de la Federación Peruana de Natación ni al IPD.

Agradeciendo anticipadamente su atención a la presente, hacemos pro-
picia la oportunidad para reiterarle los sentimientos de nuestra -
estima y consideración.

Atentamente,

FEDERACION PERUANA DE NATACION

R. Vivanco de Yori
ROSARIO VIVANCO DE YORI
Presidente



/cg.

J. Navarro del Río
JAVIER NAVARRO DEL RIO
Secretario





CLUB DEPORTIVO UNIVERSIDAD CATOLICA

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Trámite Documental
FOLIO No 03

SANTIAGO, 11 de Junio de 1987.

Señor
Raúl Calmet
Club Chacarilla
PRESENTE.

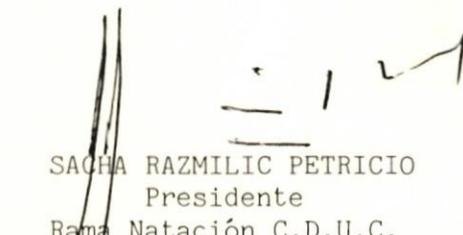
Estimado amigo:

Tal como les prometimos, es un placer confirmar nuestra invitación a la IV Copa Universidad Católica, torneo internacional de natación con lo que celebraremos los 50 años de existencia de nuestra Institución.

Aprovecho la oportunidad para enviarles las bases generales de nuestro torneo, el calendario de pruebas y las marcas mínimas exigidas.

Nuestra idea es que Uds. participen con unos 16 deportistas, lo que podemos flexibilizar si es necesario.

En espera de tus noticias, recibe un afectuoso abrazo de tu amigo,



SACHA RAZMILIC PETRICIO
Presidente
Rama Natación C.D.U.C.

Incl.: Lo indicado.
SRP/jpf.

Lima, 20 de Julio de 1987.

Señor
Carlos Mora
Director Nacional de Deportes
Presente.-

Señor Director:

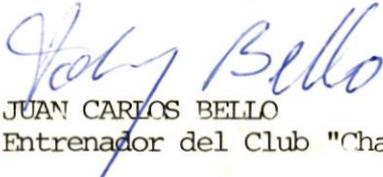
Por la presente lo saludamos muy atentamente y a la vez cumplimos con enviarle el informe técnico solicitado por el I.D.D., el cual es necesario para obtener la Resolución de la liberación de impuestos.

Cumpliendo con los puntos solicitados debemos informarle que de la lista de nadadores anteriormente remitida, únicamente ha representado al Perú en Torneos Internacionales, el nadador Jaime Pestana. Asimismo le informamos que los nadadores que viajan al Torneo en Santiago de Chile ya han cumplido con las Marcas Mínimas solicitadas por la U. Católica de Chile y a la vez todos han obtenido un porcentaje de más del 95% en relación al récord de Categoría.

Además queremos agregar para su conocimiento, que el Club de Natación "Chacarilla" es un Club nuevo a nivel competitivo y estamos programando este viaje a Santiago para motivar a estos nuevos nadadores, los cuales confiamos pronto estarán representando a la Selección Nacional en torneos futuros.

Sin otro particular y agradeciéndoles de antemano, quedamos de Uds.

Muy Atentamente,


JUAN CARLOS BELLO
Entrenador del Club "Chacarilla"


OSCAR DUFOUR
Presidente

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316
RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)



1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- 12. Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL Alexander E. Solózar Barro's

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO GRAL. SUAREZ 1036-13

5. IMPORTE 49.10

NOVE con 10/100 partes
(Importe en letras)



.....
Firma del Usuario

.....
Sello y firma del Recibidor

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El Médico que suscribe, CERTIFICA:

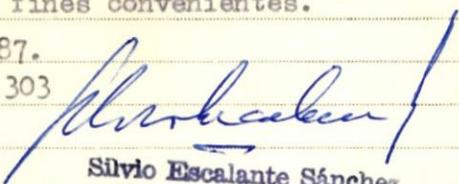
Que ha atendido al
paciente ALEXANDER EUTIMIO SALAZAR BARROS, quien no pre-
senta signos ni síntomas de enfermedad infecto-contagiosa.
Además, goza de buena salud física y mental.

Se expide a solicitud
del interesado para los fines convenientes.

Lima, 21 de Julio de 1987.

Pablo Bermudez 214-Of. 303

Lima



Silvio Escalante Sánchez
C.M.P. 3638

INSTRUCCIONES

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad.
Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (04) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y selio del Recibidor y la Marca la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de cont

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS Y OFTALMOLÓGICAS
Servicio de Laboratorio Clínico
Sección de Hematología

Nombre: Alexander Eutimio Salazar Historia Clínica No:

Barrés.

21.07.37

Fecha:

Servicio:

HEMOGRAMA DE SCHILLING

| | | | |
|------------------|-----------|---|-------|
| Hematies : | 4'580,000 | | pmmc. |
| Leucocitos : | 7,400 | | pmmc. |
| Eosinófilos..... | 0 | | % |
| Basófilos..... | 0 | | % |
| Monocitos..... | 2 | | % |
| Linfocitos..... | 26 | | % |
| Mielocitos: | 0 | % | |
| Juveniles : | 0 | % | |
| Abastionados: | 0 | % | |
| Segmentados: | 72 | % | |
| Neutrófilos..... | 72 | | % |

Hemoglobina: 14.6 gms %

Hematocrito: --- %

Velocidad de Sedimentación --- m.m.

a la Mt. de Cutler.

Recuento de Reticulocitos: MINISTERIO DE SALUD
Hospital Santo Toribio de Mogrovejo

OBSERVACIONES:

Dr. JUAN NARCIS PANDO RODRIGUEZ
Médico Jefe de Servicio del Laboratorio
de Patología Clínica y Banco de Sangre
C. M. P. 2326

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
 - Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
 - 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.



CERTIFICADO N° 000

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

5. IMPORTE []

(Importe en letras)

Firma del Usuario

Sello y firma del Recibidor

BANCO DE LA NACION
 Sello y firma del Recibidor
 12.02.87
 RECIBIDOR - PAGADOR

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El médico que suscribe

CERTIFICA HABER ATENDIDO A LA MENOR
FORAYA CASTRO HERRERA PARA UN EXÁ-
MEN CLÍNICO COMPLETO EN EL QUE SE
LE ENCONTRÓ EN BUEN ESTADO DE SALUD:
FÍSICA Y MENTAL.

Atte.

20/04/17

Eloy R. Palacios Mejía
MEDICO SUBJANO
C. M. P. 13628

I N S T R U C C I O N E S

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

Bio-Medic, Labs

Av. Atocongo 3845
Vista Alegre - Surco
Tel.: 476214

Urb. Los Próceros Mz. I-1
Lote 8, Calle 3, Sector 2
Surco

Paciente Soraya Castro
Ind. Dr.(a) E. Palacios M.

HEMOGRAMA DE SCHILLING

Hematíes 3'850,000 por mm³
Leucocitos 7,200 " "

FORMULA LEUCOCITARIA

Mielocitos 0 %
Metamielocitos 0
Abastionados 1
Segmentados 44
Linfocitos 49
Monocitos 1
Eosinófilos 4
Basófilos 1

OBSERVACIONES:

- Regular número de plaquetas. ✓
- Hipocromía (+).

V.S.G ===== 07 mm/h. ✓

Hemoglobina 11.7 g %
Hematocrito 35 %

NANCY BEATEGUI RIOS
BIOQUIMICO CLINICO

Lima, 17 de Julio de 1987.....

BANCO DE LA NACION

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE

Trámite Documentario

ASIO No 09

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- 12. Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
 - 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL Eduardo Jose A. Barreto Souza Peixoto

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD - Menor de Edad

4. DOMICILIO Cruz del Sur 214 Chacarilla de Estanque-Surco

5. IMPORTE I/.9. 50 Nueve Intis 50/00

(Importe en letras)

Firma del Usuario

Sello y firma del Recibidor

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.



F-01-088

6. CERTIFICACION O CONTENIDO El suscrito Médico-Cirujano,
Colegio Médico No.- 0479 Certifica: Que ha examinado
al joven Eduardo Jose Antonio Barreto Souza Peixoto encon-
trandole actualmente en buenas condiciones de Salud con
Presion Arterial de 10-6 ritmo cardiaco frecuencia de 64
por minuto latidos normales .

Expido la presente constancia,
para los usos de Ley, en Lima, a los 17 dias del mes de ju-
lio de 1987.

Dr. EDUARDO SOUZA PEIXOTO HIDALGO

Colegio Medico 0479.

L. E. No.- 07540507

Grupo Sanguineo : A
Factor RH : Positivo

INSTRUCCIONES

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (04) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

10

Miguel A. Melgar V.

MEDICO - CIRUJANO

C. M. P. 2989
San Carlos 230 - Surquillo
Teléfono 47 08 41

Sr.(a)(ta) **Eduardo José A Barreto Souza**
Peixoto

Análisis de **HEMOGRAMA**

Indicación del Dr. **Eduardo Souza Peixoto**

RESULTADO

-Hematíes : 5'600,000 x mm³

Hb : 15.2 gm. %

Hto : 48 %

-Leucocitos : 8,200 x mm³

Abastonados..... 1 %

Segmentados..... 49 "

Eosinófilos..... 3 "

Basófilos..... 1 "

Monocitos..... 8 "

Linfocitos..... 38 "

-OBSERVACIONES :

Hematíes normocíticos normo-
crómicos.-Nº adecuado de plaquet
tas

Grupo Sanguíneo : A

Fact R.H.. : POSITIVO

=== 0 ===

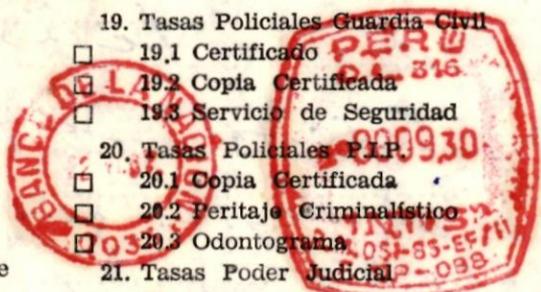
Fecha: 18-07-87

Miguel A. Melgar V.
INSTITUTO PERUANO
DEL SERTE
Trámite Documenta
MEDICO - CIRUJANO
C.M.P. 2989
FOLIO No _____

FORMULARIO DE PAGO DE ESPECIES VALORADAS
ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316 RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/II
(Antes de llenar este Formulario leer instrucciones al dorso)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
- 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
- 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- 12. Registro Fiscal de Ventas a Plazo
- 12.1 Constancia Certificada
- 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
- 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
- 18.2 Clase 2: Original
- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
- 19.1 Certificado
- 19.2 Copia Certificada
- 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
- 20.1 Copia Certificada
- 20.2 Peritaje Criminalístico
- 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
- 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
- 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
- 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
- 22.1 Lima - Callao Muebles
- 22.2 Lima - Callao Inmuebles
- 22.3 Sede Corte Superior Muebles
- 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
- 22.5 Provincias Fuera Sede, Muebles
- 22.6 Provincias Fuera Sede, Inmbils.
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.



2. NOMBRE O RAZON SOCIAL *Oscar Infante Caceres*

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD *distorsionado*

4. DOMICILIO *Dario Roca Caceres 281 sur*

5. IMPORTE 9.30

(Importe en letras)

Firma del Usuario

Sello y firma del Recibidor



NOTA.—Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El médico que
encuadra certifica haber
examinado en el día
de la fecha al señor
Oscar Dufour Cantares,
quien reside en Gran
Estado de Salud Física
& mental, no presentando
supermedula en efecto -
con lo que se allega
en el día 20 Julio 1977

DR. RICARDO PONCE DE LEÓN
M. DE MATRÍCULA 1234

I N S T R U C C I O N E S

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al Pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE :

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (4) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor sino tiene la firma y sello del receptor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos control.

LUIS AREVALO FLORES

MEDICO

Colegio Médico 1623

Jefe del Laboratorio del Hospital A. Loayza

Laboratorio: Av. Arequipa 4130 — Dpto. 603 — Miraflores

Teléfono: 45 41 80

Domicilio: Teléfono 40 15 69

Sr. Oscar Dufour INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE

Trámite Documental

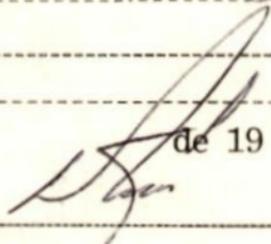
FOLIO No 12

ANALISIS DE SANGRE

| | | | | |
|----------------------|--------|--------------|----|---|
| Hematies: 4'670.000 | p. mm3 | Neutrófilos | 63 | % |
| Leucocitos: 7.500 | p. mm3 | Mielocitos | 0 | % |
| Hemoglobina: 13.20 | gr. % | Juveniles | 0 | % |
| Hematocrito: 42 | % | Abastondados | 2 | % |
| Plaquetas: ----- | p. mm3 | Segmentados | 61 | % |
| | | Eosinófilos | 1 | % |
| OBSERVACIONES: ----- | | Basófilos | 0 | % |
| ----- | | Monocitos | 8 | % |
| ----- | | Linfocitos | 28 | % |

Lima, 18 de Julio

de 19 87.



Hospital Central SFP

Laboratorio Clínico

URGENTE

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE

Trámite Documental

FOJIO No. 24

38-0

Nombre: FERNANDO COSTAÑEAS

No. de Historia Clínica

Servicio
Indicación del Dr.

Neuror.

SMI.- F. S. H.

| | | | | |
|---|------------------|---|------------|----------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> Hematíes | mmc | <input checked="" type="checkbox"/> Leucocitos | 10,000 mmc | Plaquetas |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hemoglobina | 12.9 gr/100cc | <input checked="" type="checkbox"/> Neutrófilos | 59 % | mielocitos juveniles |
| <input checked="" type="checkbox"/> Hematocrito | 39 % | Eosinófilos | 1 " | abastoados 5 |
| <input type="checkbox"/> Reticulocitos | % | Basófilos | - " | segmentados 54 |
| <input type="checkbox"/> V.C.M. | micras cúbicas | Monocitos | 6 " | |
| <input type="checkbox"/> H.C.M. | micromicrogramos | Linfocitos | 34 " | |
| <input type="checkbox"/> C.M.H.C. | % | Observaciones | | |
| <input type="checkbox"/> Coagulación | minutos | | | |
| <input type="checkbox"/> Sangría | ld. | | | |

HEMATOLOGIA

(Varios)

IP

Firma:

Fecha:

20 JUL 1987



uf

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO VER INSTRUCCIONES AL DORSO)

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
Trámite Documental
FOLIO No 13



1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
 - 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original
- 19. Tasas Clase 2 Duplicado
- 19.1 Tasas Policiales Guardia Civil
- 19.2 Copia Certificada
- 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papelita Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Boleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

5. IMPORTE

(Importe en letras)

.....
Firma del Usuario

.....
Sello y firma del Recibidor

F-UP-088

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El médico que suscribe certifica que el sr F
Fernando Rafael Castañeda Portocarrero se
encuentra en óptimas condiciones físicas y
siquicas. Se expide la presente para los fi-
nes que crea conveniente el interesado.

20-julio-87

César R. Alarcón Rangel

Dr. César Alarcón R.

CMP:15694 CI:77259

INSTRUCCIONES

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada concepto. Cada juego consta de cuatro (4) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

Documentación No 15

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- 12. Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original
- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia-Civ
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

5. IMPORTE

[Empty box for amount]

(Importe en letras)

Firma del Usuario

Sello y firma del Recibidor

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

Que el joven L.A. NS

Ericsson de 14 años de edad se encuentra en perpetuo estado de salud y puede participar en cualquier actividad deportiva

[Firma]
17787

Dr. ENRIQUE MASSA
C.M.P. 7500
Pediatra y Neoneurologo

I N S T R U C C I O N E S

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (04) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

CLINICA PADRE LUIS TEZZA

William Flores S.
C.M.P. No. 0009

C. Sánchez Díaz
C.M.P. No. 0170

Carmen Miyasato
C.M.P. No. 7551

AV. DEL POLO 570 TELEF. 356991 - MONTEERRICO

Nombre **Lars Ericsson**

Indicación del Dr.

MUESTRA DE SANGRE

| | | |
|---------------------------------------|-----------|----------|
| Hematíes. | 4'900,000 | p.mm 3 |
| Leucocitos. | 6,200 | p.mm3 |
| Hemoglobina. | 14.50 | grs. o/o |
| Hematocrito. | 46.00 | o/o |
| Vel. de Sedimentación (Wintrobe). ... | | mm/hora |
| Neutrófilos. | 47 | o/o |
| Mielocitos. | 0 | o/o |
| Juveniles. | 0 | o/o |
| Abastoados. | 2 | o/o |
| Segmentados. | 45 | o/o |
| Eosinófilos. | 1 | o/o |
| Basófilos. | 1 | o/o |
| Monocitos. | 7 | o/o |
| Linfocitos. | 44 | o/o |

OBSERVACIONES

Hematíes y plaquetas aparentemente normales

Lima 17 de Julio de 19 87

BANCO DE LA NACION

CERTIFICADO MEDICO

INSTITUTO PERUANO DE SEGUROS

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
 - Clasificación Arancelaria
 - Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.



2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

5. IMPORTE

(Importe en letras)

Firma del Usuario

Sello y firma del Receptor

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El Médico que suscribe, Certifica:

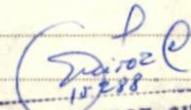
Que ha atendido al niño

Ricardo Escalante Canorio, comprobando que goza de buena salud física y mental. No sufre de ninguna enfermedad infecto-contagiosa.

Se expide a solicitud del interesado para los fines convenientes.

Lima, 17 de Julio de 1987.

Jr. Ancash 1271 - Lima


15288
ELDEN F. QUIROZ CUBAS
Médico - Cirujano
C.M.P. 15288

I N S T R U C C I O N E S

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (4) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS Y OFTALMOLÓGICAS
Trámite Documental
FOLIO No 18

MINISTERIO DE SALUD
INSTITUTO DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS Y OFTALMOLÓGICAS
Servicio de Laboratorio Clínico
Sección de Hematología

Nombre: Ricardo Escalante Canario Historia Clínica No: -----

Fecha: 17.07.87

Servicio: -----

HEMOGRAMA DE SCHILLING

| | | |
|------------------|-----------|-------|
| Hematíes : | 4'600,000 | pmmc. |
| Leucocitos : | 7,500 | pmmc. |
| Eosinófilos..... | 0 | % |
| Basófilos..... | 0 | % |
| Monocitos..... | 2 | % |
| Linfocitos..... | 27 | % |
| Mielocitos: | 0 | % |
| Juveniles : | 0 | % |
| Abastondados: | 0 | % |
| Segmentados: | 71 | % |
| Neutrófilos..... | 71 | % |

Hemoglobina: 14.8 gms %

Hematocrito: --- %

Velocidad de Sedimentación --- m.m.

a la Mt. de Cutler.

Recuento de Reticulocitos: **MINISTERIO DE SALUD**
Hospital Santa Teresita de Mogroño

OBSERVACIONES:

11709
Dr. JUAN MANUEL PANDO RODRIGUEZ
Médico Jefe de Servicio del Laboratorio
de Patología Clínica y Banco de Sangre
C. M. P. 2326

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)



1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- Registro Fiscal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

Juan Francisco Palino R.

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

El Creso 313 # 201

5. IMPORTE

9.30

(Importe en letras)



Firma del Usuario

Sello y firma del Reclibidor

F-OP-088

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

El médico que
prescribe certifica haber
atendido médicamente al
señor: Juan Francisco Patiño
Rivas, el día 16 de julio de
1987, no sufriendo ningún
alteración física, ni proceso
de enfermedad actual.

Julio 16
Julio
87.

Pedro Larrea Ramírez
C.M.P. 4300

INSTRUCCIONES

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro (04) ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.

GODOFREDO NEGRON SERNA

MEDICO - CIRUJANO

Patólogo Clínico

C.M.P. N° 5644

Laboratorio Médico de Análisis Clínicos

Sr. Juan F. Patiño Rivero

Paciente:

Indicación:

Lima,

17

de

Julio

de 19

87

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPARTAMENTO
DE DOCUMENTACION
FOLIO No. 20

ANALISIS DE SANGRE

| | | | | | |
|--------------|-----------|---------|---------------|---|--------|
| Hematíes : | 4'500,000 | por mm3 | Hemoglobina : | - | grs. % |
| Leucocitos : | 8,100 | por mm3 | Hematocrito : | - | cc. % |

FORMULA LEUCOCITARIA (SCHILLING)

| | | | | | | | | | | | |
|---------------|--|------------------|---|------------------|---|----------------|---|---------------|----|----|---|
| Eosinófilos : | | 1 | % | | | | | | | | |
| Basófilos : | | 0 | % | | | | | | | | |
| Neutrófilos : | <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr><td>Mielocitos :</td><td>0</td></tr> <tr><td>Metamielocitos :</td><td>0</td></tr> <tr><td>Abastionados :</td><td>1</td></tr> <tr><td>Segmentados :</td><td>62</td></tr> </table> | Mielocitos : | 0 | Metamielocitos : | 0 | Abastionados : | 1 | Segmentados : | 62 | 63 | % |
| | | Mielocitos : | 0 | | | | | | | | |
| | | Metamielocitos : | 0 | | | | | | | | |
| | | Abastionados : | 1 | | | | | | | | |
| Segmentados : | 62 | | | | | | | | | | |
| Monocitos : | | 0 | % | | | | | | | | |
| Linfocitos : | | 36 | % | | | | | | | | |

Observaciones :

Godofredo Negron Serna
 MEDICO - CIRUJANO
 C.M.P. N° 5644
 LABORATORIO MEDICO DE ANALISIS CLINICOS

LABORATORIO MEDICO

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN
ATAHUALPA 287 - TELF. 46-7127
MIRAFLORES

C. M. 0599
Lib. Trib. N° 3327701
L. de Ing. Prof. N° 0674625

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
FOLIO No 21

Sr. *Jaime Pestana Dyer*
Por: *Examen Medico y analisis*
de Sangre
(Quemadas Yentes)

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN

C. M. P. 8588 - Fac. Clin. No. 1382

Son S/ *1/500*

N° 004611

Miraflores, *17* de *Julio* de 19*87*

LABORATORIO MEDICO

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN

C. M. P. 0599 PATOLOGIA CLINICA No. 1392

ATAHUALPA 287 — MIRAFLORES — TELEFONO 467127

Nombre..... Sr. Jaime Pastana.....

Indicación del Dr.....

NUMERACION Y FORMULA LEUCOCITARIA

| | |
|-------------------|----------------|
| Hematies | 4'680,000..... |
| Leucocitos..... | 8,100..... |
| Abastoados | 4..... |
| Segmentados..... | 66..... |
| Neutrófilos..... | 70.....% |
| Eosinófilos | 2.....% |
| Basófilos | 0.....% |
| Linfocitos..... | 24.....% |
| Monocitos | 4.....% |

Observaciones:

HEMOGLOBINA. - 14.5 grs. %

HEMATOCRITO. - 44%

Miraflores, 17 de Julio de 1987


 DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN
 C. M. P. 0599 P. C. No. 1392

LABORATORIO MEDICO

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN

C.M.P. 0599 - PATOLOGIA CLINICA N°. 1382

ATAHUALPA 287 - MIRAFLORES - TELF. 46-7127

Sr. Jaime Pestana

GRUPO SANGUINEO "A"

FACTOR RH POSITIVO

Miraflores, 17 de Julio de 1987

LABORATORIO MEDICO
DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN
C. M. P. 0599 - Pat. Clin. N°. 1382



LABORATORIO MEDICO

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN

C.M.P. 0599 - PATOLOGIA CLINICA N°. 1392

ATAHUALPA 287 - MIRAFLORES - TELF. 46-7127

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPORTE
Primito Documental
FOLIO No 24

EL MEDICO QUE SUSCRIBE, CERTIFICA:

Que el Sr. JAIME PESTANA DYER, No padece, en la actualidad de Enfermedad ni Transtorno mental alguno, Puede dedicarse a cualquier actividad, sin restricciones.

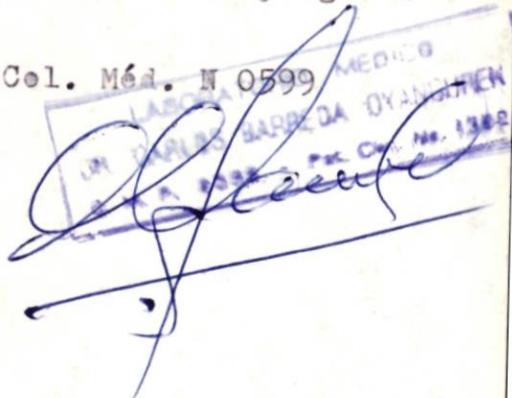
Se expide el Pte, a solicitud del Interesado, para competir en competencias Atléticas.

Miraflores, 16 de Julio de 1987

Carlos Barreda Oyanguren

Col. Méd. N 0599

LABORATORIO MEDICO
DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN
C.M.P. 0599 - Pat. Clin. No. 1392



LABORATORIO MEDICO

DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN,

C.M.P. 0599 - PATOLOGIA CLINICA N°. 1392

ATAHUALPA 287 - MIRAFLORES - TELF. 46-7127

INSTITUTO PERUANO
DEL DEPARTAMENTO
Trámite Documental
FOLIO No 25

Sr. Jaime Pestana

PRESION ARTERIAL: Max.- 11.5
Min.- 5.5

Miraflores, 17 de Julio de 1987

LABORATORIO MEDICO
DR. CARLOS BARREDA OYANGUREN
C. M. P. 0599 - Pat. Clin. No. 1392



BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ARTICULO 221 DECRETO LEGISLATIVO 316

RESOLUCION MINISTERIAL 051-85-EF/11

(ANTES DE LLENAR ESTE FORMULARIO LEER INSTRUCCIONES AL DORSO)

1. CONCEPTO

- 1. Boleta Unica Litigante
- 2. Certificado Antecedentes Policiales P.I.P.
- 3. Certificado Médico
- 4. Constancia Tributaria
- 5. Formulario de Inmigración
 - 5.1 Ficha Salida y Reingreso no Inmigrantes
 - 5.2 Ficha Salida y Reingreso Inmigrantes
- 6. Formulario de Permiso Especial de Salida y Reingreso
- 7. Padrón General de Minas
- 8. Póliza de Importación
- 9. Póliza de Exportación
- 10. Póliza de Declaración de Contenido
- 11. Clasificación Arancelaria
- 12. Registro Físcal de Ventas a Plazo
 - 12.1 Constancia Certificada
 - 12.2 Derecho de Inscripción
- 13. Póliza de Cabotaje
- 14. Expedición de Pasaporte
- 15. Revalidación de Pasaporte
- 16. Solicitud de Inscripción de Vehículos Nuevos
- 17. Gravamen de Vehículos
- 18. Tarjeta de Licencia de Conducir
 - 18.1 Clase 1: Original o Duplicado
 - 18.2 Clase 2: Original

- 18.3 Clase 2: Duplicado
- 19. Tasas Policiales Guardia Civil
 - 19.1 Certificado
 - 19.2 Copia Certificada
 - 19.3 Servicio de Seguridad
- 20. Tasas Policiales P.I.P.
 - 20.1 Copia Certificada
 - 20.2 Peritaje Criminalístico
 - 20.3 Odontograma
- 21. Tasas Poder Judicial
 - 21.1 Cédula Notif. Judicial no Sentencial
 - 21.2 Cédula Notif. Judicial Sentencial
 - 21.3 Boleta de Recusaciones
- 22. Papeleta Remate Judicial
 - 22.1 Lima - Callao Muebles
 - 22.2 Lima - Callao Inmuebles
 - 22.3 Sede Corte Superior Muebles
 - 22.4 Sede Corte Superior Inmuebles
 - 22.5 Provincias Fuera Sede Muebles
 - 22.6 Provincias Fuera Sede Inmuebles
- 23. Timbres Decreto Supremo 392-H-65
- 24. Recibo de Arrendamiento
- 25. Transferencia de Vehículos
- 26. Papeleta de Contador Público Coleg.
- 27.
- 28.

2. NOMBRE O RAZON SOCIAL

3. DOCUMENTO DE IDENTIDAD

4. DOMICILIO

5. IMPORTE

(Importe en letras)

.....
Firma del Usuario

.....
Sello y firma del Recibidor

F-UP-088

NOTA.- Carecerá de Valor si no lleva la marca de la Caja Registradora con el importe de su pago.

6. CERTIFICACION O CONTENIDO

INSTRUCCIONES

1. Marcar el recuadro de la tasa a que corresponde el pago.
2. Anotar el nombre de la persona obligada al pago o usuario del servicio.
3. En el caso de personas naturales indicar el número de L.E. o L.T. o carné de identidad. Las personas jurídicas señalarán el número de su L.T.
4. Anotar la dirección de la persona obligada al pago.
5. Consignar la cantidad a pagar en números y letras.
6. Para ser llenado por la persona o entidad que presta el Servicio.

IMPORTANTE:

- a) Use un juego de formularios por cada Concepto. Cada juego consta de cuatro ejemplares.
- b) Este documento carece de valor si no tiene la firma y sello del Recibidor y la Marca de la máquina registradora. Las copias sin marca sólo servirán como documentos de control.