



RESOLUCION No. 235-AD-90

Lima, 06 de ABRIL de 1989

Visto el oficio N. 194-FPC-90, presentado por la Federación Peruana de Ciclismo, el cual ha motivado el expediente N° 1394.

CONSIDERANDO:

Que, la Federación recurrente solicita autorización oficial para que la Delegación Deportiva de Bicicross pueda participar en la V Copa Panamericana de dicha disciplina deportiva "En la Mitad del Mundo", que se realizará del 13 al 15 de Abril de 1990 en la ciudad de Quito, Ecuador;

Con las opiniones favorables de la Dirección Nacional del Deporte de Afiliados y Oficina de Asesoría Jurídica;

De conformidad con el Art. 9° -numeral 12- y Art. 77° del Decreto Legislativo N° 328 -Ley General del Deporte y su Reglamento aprobado por Decreto Supremo N° 07-ED-86 de 13.3.86; y con cargo a dar cuenta al Consejo Nacional del Deporte;

SE RESUELVE:

Artículo Primero.- AUTORIZAR a la Federación Peruana de Ciclismo para que su delegación deportiva de Bicicross pueda participar en la V Copa Panamericana en la Mitad del Mundo, a realizarse en la ciudad de Quito-Ecuador, del 13 al 15 de Abril de 1990.

Artículo Segundo.- La nómina de la delegación, compuesta por treinta y tres (33) personas, es la siguiente:

- Presidente de la Delegación : CLAUDIO ZAGAL TRUCIOS
- Jefe de Equipo : LUIS ENRIQUE GAMARRA ELIAS
- Delegada : JULIA GUZMAN DE ARDITO
- Entrenador : JORGE RUIZ CRESPO
- Asistente : CARMELA NICOLINI ALVA
- Periodista : PEDRO PALOMINO ALEGRIA
- Deportistas :

LUIS GAMARRA BARACCO
 MARCO TEJEDA ZUMAETA
 DANIEL RAMIREZ CORZO NICOLINI
 ENRIQUE GALDOS CHUECA
 LUIS SUEYRAS LOSTANAU
 ALBERTO FERRER SOLOGUREN
 ALBERTO FERRER JIMENEZ
 CARLOS CANLE AGUILAR
 FRANCO OLCESE BOZZO
 JAVIER SIU SALAZAR
 BRUNO ZAGAL CRIPPA
 GIORGIO ARDITO GUZMAN
 FRANCISCO CHAMORRO
 CHRISTIAN MILLIGAN IGLESIAS

ALFONSO RAMIREZ CORZO
 CESAR GAMARRA BARACCO
 LUIS RIVAS TEJEDA
 JUAN RAMIREZ CORZO NICOLINI
 JULIO WU SANCHEZ
 PAULINE FERRER SOLOGUREN
 ALBERTO ECHEGARAY SKONTORP
 MARKO PANDZIC GOMEZ
 JORGE SALVERREDY BAHAMONTE
 DENNIS VELASCO GALVEZ
 SANDRA LOPEZ BRAVO
 GIULETA ARDITO GUZMAN
 ALEXANDRA TEJEDA ZUMAETA

//..





RESOLUCION No. 235-AD-90

Lima, 06 de ABRIL de 1989

//..

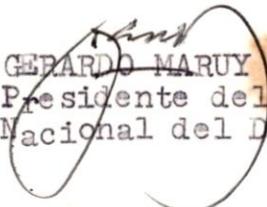
Artículo Tercero.- De conformidad con el Art. 77° establecido por el Decreto Legislativo N° 328 y reglamentado por el Art. 76° del Decreto Supremo N° 07-ED-86 de 13.3.86, la indicada delegación deportiva está exonerada de los impuestos sobre signos de aviación a que se contrae el Decreto Legislativo N° 209, sobre impuestos a los bienes y servicios del Decreto Ley N° 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 el indicado viaje, no afectará al presupuesto de la Federación Peruana de Ciclismo ni el IPD -(Recursos Propios).

Artículo Quinto.- La presente Resolución no autoriza la adquisición de moneda extranjera en el MUC ni en Mesa de Negociaciones.

Artículo Sexto.- Al término del citado evento internacional, la Federación Peruana de Ciclismo tiene quince días para emitir su informe técnico a la Dirección Nacional del Deporte de Afiliados, el incumplimiento a esta disposición originará que el IPD no de trámite al próximo pedido de autorización de viaje al extranjero.

Regístrese y comuníquese.


GERARDO MARUY TAKAYAMA
Presidente del Consejo
Nacional del Deporte

RCN/DINADAF
dg.
Exp. 1394.



Antecedentes No. 235 AD 90 - 6.4.90

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE (I. P. D.) HOJA DE REGISTRO Y CONTROL	NOMBRE:	Ed. Ciclismo	NUMERO	1394
			REF.	00194 de 03-4-90
Fecha de INGRESO:	06-4-90	ASUNTO:	Autorización de viaje para Participar en la V Copa Panamericana de Bicicross / Distrito.	
Hora:	11:35 AM			
Numero de Folios:	(45) FOLIOS			
Registrado por:	RAMOS			
Pase a:		<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES	<input type="checkbox"/> INFORMAR	No. 1394
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. 1394
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. 1394
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. 1394
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

Antecedentes Res N 235 AD 90-6490

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE (I. P. D.) HOJA DE REGISTRO Y CONTROL	NOMBRE: <i>Ed. Cichuano</i>	NUMERO:
	of. 00194 de 03-4-90	REP. 90
Fecha de INGRESO: <i>06-4-90</i>	ASUNTO: <i>Autorización de Voz para Participar en la V Copa Panamericana de Bucros / Distrito.</i>	
Hora: <i>11:35 AM</i>		
Numero de Folios: <i>(45) FOLIOS</i>		
Registrado por: <i>RAMOS</i>		

Pase a:	<input type="checkbox"/> ANTECEDENTES <input type="checkbox"/> INFORMAR	No. No. de Folio
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	
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. No. de Folio
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	
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. No. de Folio
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	
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. No. de Folio
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	
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. No. de Folio
Remitido por:	<input type="checkbox"/> ARCHIVO <input type="checkbox"/> PREP. RESPUESTA	
Recibido por:	<input type="checkbox"/> CONOCIMIENTO <input type="checkbox"/> TOMAR ACCION	<i>045</i>
	<input type="checkbox"/> AUTORIZACION <input type="checkbox"/> TRAMITAR	
Fecha	Hora	Observaciones: 1

FEDERACION PERUANA DE CICLISMO

Fundado el 25 de Marzo de 1924 - Afiliada a la FIAC y a la UCI

DEL DEPORTE

Permite Documentar

FOLIO No 0/

UND

Lima, 3 de Abril de 1990

OFICIO # 00194-FPC-1990

Señor
Rodolfo Cremer Nicoli
Director Nacional de
Deporte de Afiliados del
Instituto Peruano del Deporte
PRESENTE



De nuestra consideración:

En la fecha hemos recepcionado la carta del 27 de marzo de la Liga de Bicycross, cuya copia adjuntamos, mediante la cual nos informan haber recibido la invitación del Comité Organizador de Pichincha-Ecuador para participar en la V COPA PANAMERICANA DE BICYCROSS que se llevará a cabo los días 13, 14 y 15 de los corrientes en QUITO-ECUADOR.

Al respecto esta Federación solicita a Ud. se tramite la RESOLUCION de Autorización de viaje para nuestra Delegación de Bicycross que estará viajando el día 10 de los corrientes y retornarán el 16 del mismo mes.

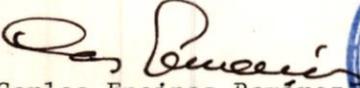
Asimismo se dirija a las líneas de AEROPERU para el descuento en los pasajes del 50% por tratarse de una representación peruana.

Adjunto a la presente le hacemos llegar lo siguiente:

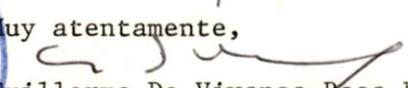
- INVITACION OFICIAL
- PAGO DE DERECHO DE RESOLUCION
- RELACION DE LA DELEGACION
- EXAMENES MEDICOS
- INFORME TECNICO
- INFORME ECONOMICO
- CARTA COMPROMISO DE RETORNO

El gasto ascendente a la suma de \$US. 8,864.00 dólares al cambio de I/. 24,500 x dólar I/. 217'168,000.00 intis, no afectará para nada el Presupuesto de la Federación Peruana de Ciclismo, ni del -- Instituto Peruano del DEporte (Recursos Propios).

Sin otro particular y a la espera de su amable respuesta, quedamos de Usted.

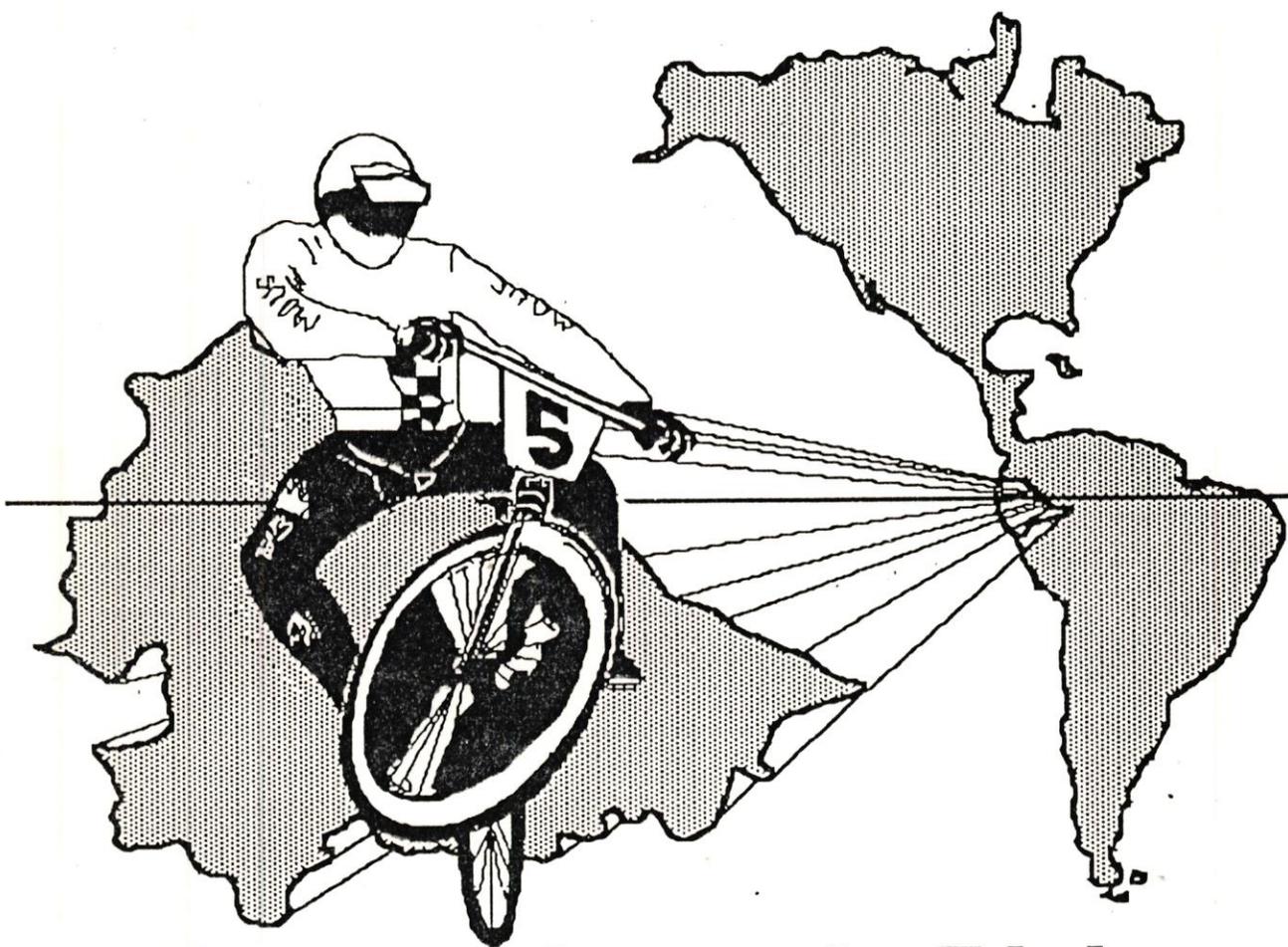

Carlos Encinas Ramírez
Secretario



Muy atentamente,

Guillermo De Vivanco Roca Rey
Presidente

*Recaba de Toranzo
N.º 0957-90
165-0559
FORAN
12. corrientes
16-4-90*

5ta. Copa



Panamericana de Bicicross en la Mitad del Mundo

Abril 13, 14 y 15 de 1990
QUITO - ECUADOR

Organización: QUID PUBLICIDAD



COMITE DE BICICROSS DE PICHINCHA

Veintimilla 1106 y Amazonas 4º piso of. 403

telf: 234421 FAXº 5932435862

Quito - Ecuador

Quito, 9 de enero de 1990

**Abril 13, 14 y 15
de 1990**

~~V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS MITAD DEL MUNDO~~

El Comité de Bicycross de Pichincha, con sede en la ciudad de Quito, invita a la **V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS**, a realizarse en esta ciudad los días 13, 14 y 15 de abril de 1990.

Para nosotros constituirá un alto honor contar con la participación de su país en este importante certamen que tiene como finalidad fortalecer lazos de amistad del continente americano a través del deporte.

Adjunto el oficio del Prefecto Provincial de Pichincha y del Presidente de la Concentración Deportiva de Pichincha

Oportunamente enviaremos mayor información y reglamentos, así como otros detalles.

Atentamente,

Jaime Cornejo

Presidente Nacional de Bicycross



COMITE DE BICICROSS DE PICHINCHA

Veintimilla 1106 y Amazonas 4º piso of. 403
telf: 234421 FAXº 5932435862
Quito - Ecuador

Quito, 8 de enero de 1990

Estimados amigos:

Esta vez nos dirigimos a ustedes con el fin de informarles que la **V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS MITAD DEL MUNDO**, se realizará en la ciudad de Quito los días 13,14 y 15 de Abril de 1990.

ORGANIZACION V COPA PANAMERICANA MITAD DEL MUNDO

1. Deportistas

Alojamiento y alimentación balanceada en sede campestre y transporte de ida y vuelta al aeropuerto y sitio de hospedaje.

2. Delegados

Alojamiento y alimentación a dos (2) delegados en el grupo de deportistas que sea de hasta diez (10) y un delegado por cada diez (10) deportistas adicionales.

3. Acompañantes

Hospedaje y alimentación en las mismas sedes a un costo de (Treinta dolares) 30 USD, por persona.

4. Reservaciones

Favor comunicarse con el Doctor Lenín Rosero al Telf. 218-824, o con la señor Luis Badillo al Telf. 234-421 Quito- Ecuador.

5. Mayor información

Pueden comunicarse al Fax No.- 5932435862, Atención Señores Quid Publicidad Cia. Ltda.
Telf. 234-421.

6. invitaciones

Se han enviado invitaciones a los siguientes países; Argentina , Aruba, Bolivia, Brasil, BÉlice, Cañada, Costa Rica, Colombia, Curacao, Cuba , Chile, Guatemala, Estados Unidos, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Martinica, Puerto Rico, Panamá, Perú, Paraguay, República Dominicana, Salvador, Trinidad, Venezuela, Uruguay.

Los interesados en viajar como delegación oficial o independiente como: clubes, grupos deportivos, Estados y Departamentos, lo pueden hacer , lo importante en estos eventos es la confraternidad deportiva.

La fecha limite para inscribirse es el 6 de abril de 1990.

Requisitos para la inscripción:

- Cupón de inscripción diligenciado
- 2 fotograffas, escribiendo el nombre , edad y delegación en la parte posterior de la foto.
- No es necesario estar afiliado a alguna federación o asociación para poder competir.

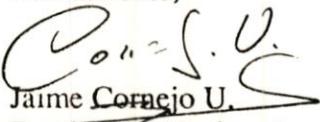
CATEGORIAS

Niños	Niñas	Cruceros y Master
4 años y menos	5 años y menos	18 a 24 años
5 años	6 y 7 años	25 a 34 años
6 años	8 y 9 años	35 a 40 años
7 años	10 y 11 años	41 años y más
8 años	12 y 13 años	
9 años	14 y 15 años	
10 años	16 años y más	
11 años		
12 años		
13 años		
14 años		
15 años		
16 años		
17 años		
18 años y más		

Todavía no se ha oficializado la aerolínea, que servirá para el transporte de los deportistas, pero se pretende que sea ECUATORIANA DE AVIACION.

Aprovecho la oportunidad para reiterar a ustedes, un fraterno saludo.

Atentamente,


Jaime Cornejo U.
Presidente Nacional
de BiciCross

Lima, 27 de Marzo de 1,990

Señores
Guillermo De Vivanco Roca Rey
Presidente de la Comisión Reorganizadora
de La Federación Peruana de Ciclismo
Presente.-

De nuestra consideración:

Lo saludamos muy atentamente, a la vez que le hacemos llegar la relación de los corredores que asistirán a la 5ta. COPA PANAMERICANA DE BICICROSS, que se llevará a cabo en la ciudad de QUITO-ECUADOR los días 13, 14 y 15 de Abril-90.

- ✓ ± GAMARRA BARACCO, Luis Abelardo ✓
Ignacio de Loyola 665 Miraflores
- ✓ ± RAMIREZ CORZO NICOLINI, Alfonso Jose ✓
Conde de la Vega 305 Surco
- ✓ ± TEJEDA ZUMAETA, Marco Antonio ✓
Victor Alzamora 575 Dpto. 201 Barrio Médico La Aurora
- ✓ ± GAMARRA BARACCO, César Enrique ✓
Ignacio de Loyola 665 Miraflores
- ✓ ± RAMIREZ CORZO NICOLINI, Daniel Alejandro ✓
Conde de la Vega 305 Surco
- ✓ - RIVAS TEJEDA, Luis Miguel ✓
Gerona 463 Higuiereta
- ✓ ± GALDOS CHUECA, Enrique Alberto ✓
Wiracocha 1941 Jesús María
- ✓ ± RAMIREZ CORZO NICOLINI, Juan Manuel ✓
Conde de la Vega 305 Surco
- ✓ ± SUEYRAS LOSTANAU, Luis Enrique ✓
El Escorial E-14 Surco
- ✓ ± WU SANCHEZ, Julio ✓
Av. Guardia Chalaca 1241 Callao
- ✓ ± FERRER SOLOGUREN, Alberto ✓
Calle Uno 381 Dpto. 101 Urb. Corpac-San Isidro
- ✓ ± FERRER SOLOGUREN, Pauline ✓
Calle Uno 381 Dpto. 101 Urb. Corpac-San Isidro
- ✓ ± FERRER JIMENZ, Alberto ✓, L.E. 07821385
Calle Uno 381 Dpto. 101 Urb. Corpac-San Isidro
- ✓ ± ECHEGARAY SKONTORP, Alberto ✓
Valleriestra 740 San Isidro

14

- ✓ - CANLE AGUILAR, Carlos
Pedro Dulanto 129 San Antonio
 - ✓ - PANDZIC GOMEZ, Marko
General Silva 407 San Isidro
 - ✓ - OLCESE BOZZO, Franco
Mar Peruano 154 Monterrico
 - ✓ - SALVERREDY BAHAMONDE, Jorge
Carlos Porras Osorez 370 San Isidro
 - ✓ - SIU SALAZAR, Javier
Las Moreras 266 San Isidro
 - ✓ - VELASCO GALVEZ, Dennis
Ugarte y Moscoso 952 San Isidro
 - ✓ - ZAGAL CRIPPA, Bruno
Jr. Salamanca 157 Pueblo Libre
 - ✓ - LOPEZ BRAVO, Sandra Romina
Av. La Paz 1054 Dpto. 3 Miraflores
 - ✓ - ARDITO GUZMAN, Giorgio
Horacio Urteaga 867 Dpto. 17 Jesús María
 - ✓ - ARDITO GUZMAN, Julieta Tatiana
Horacio Urteaga 867 Dpto. 17 Jesús María
 - ✓ - CHAMORRO CESPEDES, Francisco Daniel
Calle Punta Negra 319 Orrantia
 - ✓ - TEJEDA ZUMAETA, Alexandra Vanessa
Victor Alzamora 575 Dpto. 201 Barrio Médico La Aurora
- 27 ✓ CHRISTIAN MILLIGAN IGLESIAS
Asistirán como Delegados:

Presidente: Sr. Claudio Zagal Trucíos L.E. 07852321
Jr. Salamanca 157 Pueblo Libre

Delegado: Sra. Julia Guzmán de Ardito L.E. 07214842
Horacio Urteaga 867 Dpto. 17 Jesús María

Jefe de Equipo : Sr. Comandante Luis Enrique Gamarra Elías
Ignacio de Loyola 665 Miraflores - CIP 00644559

Entrador: Sr. Jorge Ruiz Crespo L.E. 08429258
Jr. Lanqui 554 Urb. Tupac Amaru San Luis

Asistirá como Periodista:
Sr. Pedro Alfonso Palomino Alegría L.E. 06649034
Luna Pizarro 841 Barranco

Dado el elevado número de corredores menores se ha considerado conveniente designar como Dama de Compañía a:

Asistente Sra. Carmela Marisa Ana Nicolini Alva
Conde de la Vega 305 Surco
L.E. 07684526

Carlos Encinas Ramirez
CARLOS ENCINAS RAMIREZ
SECRETARIO


Guillermo de Vivanco Roca Rey
GUILLERMO DE VIVANCO ROCA REY
PRESIDENTE


PERCY G. SUMMERS

C. M. P. 9088

PEDIATRIA

Cardiología Pediátrica

DOMICILIO:

TELF. 367868

CONSULTORIO:

Av. Arequipa 3845

MIRAFLORES

TELFS. 418386

406587

JORGE TORI F.

C. M. P. 7679

PEDIATRIA

Rehabilitación de Niños

DOMICILIO:

TELF. 356387

DEL DEPARTO

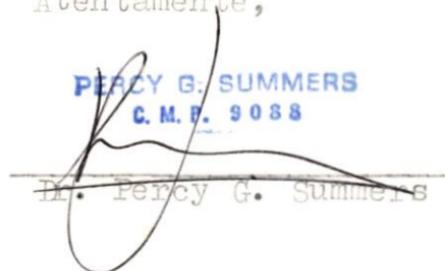
Tránsito

DOMICILIO No 08

El médico que suscribe certifica que la niña Pauline Ferrer Sologuren de 10 años de edad se encuentra en excelente estado de salud y puede realizar actividades competitivas.

Atentamente,

PERCY G. SUMMERS
C. M. P. 9088


D. Percy G. Summers

Lima, 29 de Marzo de 1990.

PERCY G. SUMMERS

C. M. P. 9088

PEDIATRIA

Cardiología Pediátrica

DOMICILIO:

TELF. 367868

CONSULTORIO:

Av. Arequipa 3845

MIRAFLORES

TELF. 418386

406587

JORGE TORI F.

C. M. P. 7679

PEDIATRIA

Rehabilitación de Niños

DOMICILIO:

TELF. 356387

DEL DEPARTAMENTO

Permiso Especial

JULIO No 09

El médico que suscribe certifica que el niño Alberto Ferrer Sologuren de 6 años de edad se encuentra en excelente estado de salud y puede realizar actividades competitivas.

Atentamente,

PERCY G. SUMMERS
C. M. P. 9088

Dr. Percy G. Summers

Lima, 29 de Marzo de 1990.

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL Luis Miguel Rivas

Tujuda

DOCUMENTO DE IDENTIDAD C.I.E.

DOMICILIO Calle Jeronimo 463. - Higuerote

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El Medico suscribe certifica
que el menor en referencia
se encuentra en buenas condiciones
de salud Fisica; Mental,
segun examen clinico; ausculto
entendido en la fecha

Se expone el pliego
ante usted de los hechos por
lo que con gusto
hacer

5 ABR. 1990

Dr. GUILLERMO LUQUE SALLES
MEDICO - PEDIATRA
C. M. P. No. 4254

Dominica, d. l. l. l. 353
Cim 2 (33) T: 356723

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF

IMPORTE →



IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input checked="" type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULO LOS NUEVOS
FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFECIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUENTE DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUENTE DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO CREGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINAL ISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

BANCO DE LA NACION
AGENCIA AURORA

EXPENDEADOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

JULIO Wm SANCHEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

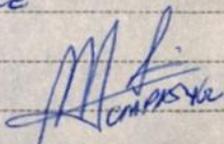
EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:
HABER ATENDIDO AL NIÑO JULIO Wm
SANCHEZ (7 AÑOS), QUIEN AL MOMENTO
DEL EXAMEN CLÍNICO, SE ENCUENTRA EN
BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICA.

SE EXPIDE PARA LOS FINES
RESPECTIVOS.

LIMA, 31-MARZO-1990

DR. MANUEL W. SERIS ALVARADO
CMP 15462

DR. EMILIO ALTHAUS 164-LINCE



Manuel W. Seris Alvarado
MÉDICO - CIRUJANO
A. P. 15462

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-89



IMPORTE

IMPORTE SELLO NACIONAL EMISORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL GIULIETTA TOSTIANS
ARDITO GUZMAN

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

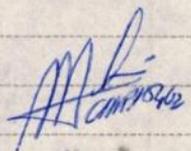
EL MEDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:
HABER OYENDIDO A LA NIÑA GIULIETTA
TOSTIANS ARDITO GUZMAN (7 AÑOS), QUIEN
AL MOMENTO DEL EXAMEN CLINICO, SE
ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD
FISICA.

SE EXPIDE PARA LOS FINES
CORRESPONDIENTES.

LIMA, 31 - MARZO - 1990

DR. MANUEL W. SORIS ALVARADO
CMP 15462

JR. EMILIO ALTHUS 164-LINCE



Manuel Soris Alvarado
MEDICO - CIRUJANO
G. M. P. 18402

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85



IMPORTE

IMPORTE SELLO MAGNIFICENTIA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR - (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEADOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El médico que suscribe certifica:
que el Sr. Claudis Legal Trujillo
no presenta ninguna enfermedad
física ni mental, por lo que
se encuentra apto para practicar
deportes y representar al País en
cualquier actividad deportiva.
Se expide el presente certificado por
los fines que conlleva.

3/III/90

Guillermo Guardia Palas
C.M.P. 3742

Dr. Guillermo Guardia Palas
C.M.P. 3742

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF

IMPORTE



1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	
TASAS POLICIALES PIP	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINAL ISTICO	
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

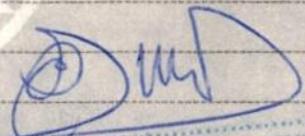
El médico que prescribe certifica que el niño Marcos Antonio Tejeda Zumaita de 9 años de edad se encuentra en perfectas condiciones de salud clínica y radiológicamente.

Se pide el presente certificado de salud para los fines pertinentes.

Lima, 02, Abril, 1990

Emilio Fernandez 174

Ff. 322310.-236262


Dr. PAUL CASTRO MONTEVERDE

C.M.P. 9347

Medicina Interna - Nefrología

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGOS
ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EP



IMPORTE →

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTE	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR - (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTE	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

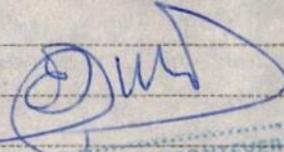
El médico que prescribe certifica haber examinado clínica y radiológicamente a la niña Janessa Tejeda Zumaeta de 11 años encontrándose en perfectas condiciones de salud para los fines pertinentes.

Se expide el presente certificado a solicitud de los padres para los fines convenientes.

Lima 02 de Abril 1990

Emilio Fernandez 174

Tf 322310.


DR. PAUL CASTRO MONTEVERDE
C.M.P. 9347
Medicina Interna - Nefrología

DEL ESTADO
PUEBLO DE

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

Carlos Carulé Aguilar

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

Pedro Gulantó 129

DOMICILIO

San Antonio

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

Certifico que el Niño
Carlos Carulé Aguilar de
12 años de edad se encuen-
tra en buen estado de salud
y apto para realizar
todo tipo de ejercicios físicos.

28
03
90

Max Laidunul

Max Laidunul
C.M.P. 0071

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE →



IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO MUEBLES
REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACUATUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El médico que suscribe
certifica que el sr. Bruno
Sagal Crippa ha sido examinado
en la fecha, hallándose
clínicamente en condiciones
normales de salud
lo cual expuso por
los fines consiguientes. —

Lima, 2 ABR. 1990

Parsons
Fernando Fabian León
MEDICO CIRUJANO
C.R. 1328

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE →



IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	



F-OP-088

EXPENDEDOR

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE 

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

BAHAMONDE

JORGE SALVERREDY

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

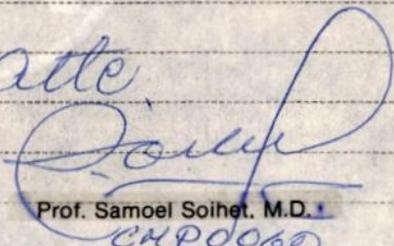
DOMICILIO

CARLOS PORRAS OSORES 370 S.I.

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El Joven JORGE SALVERREDY B.
Ha sido examinado y sus
condiciones físicas están
dentro de los límites
normales y podrá ser come-
tido a esfuerzo de
competencia sin ninguna
limitación

atte



Prof. Samuel Soihet. M.D.

CHP0060

Riiva 2 Abril 1990

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

IMPORTE →



IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> GEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DE ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	



F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL JULIA ESPERANZA GUZMAN DE ARDITO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD LE 07214842

DOMICILIO HORACIO URTEAGA 867-17 J.M.

3. CERTIFICACION O CONTENIDO:

El medico, que suscribe, certifica, estar justando, servicios profesionales a la Sra. Julia Guzman de Ardito. Quien se encuentra en buenas condiciones de estado general de salud y mental se expide el certificado a solicitud.

Lima, 3 de abril de 1990.

[Handwritten Signature]

C.O.S. Olivos 364

TF: 999935

Dr. Luis Torro
PSICIA - NEUROCIATRIANO
S.M.P. 11627

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 05/1980

IMPORTE



PERU
C.I. 318

12750,00

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

INTIS

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL

DIVISION DE PAGOS

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP | <input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO | <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS |
| <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES | <input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS |
| <input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES | <input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR - (BREVETE) |
| <input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES | <input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO |
| <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO | <input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO |
| <input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS | TASAS PODER JUDICIAL |
| <input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION | <input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL) |
| <input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION | <input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES |
| <input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO | <input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL |
| <input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA | <input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES |
| <input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS | <input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES |
| <input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES | <input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES |
| <input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA | <input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES |
| <input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS | <input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES |
| <input type="checkbox"/> INSCRIPCION | <input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES |
| <input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE | <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS |
| <input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE | <input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO |
| <input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE | <input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA |
| <input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL | <input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA |
| <input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA) | |
| <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA) | |
| <input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD | |
| <input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP | |
| <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA) | |
| <input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO | |
| <input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA | |
| <input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO | |
| <input type="checkbox"/> | |

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL FRANCO OLCESE BOZZO

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:

HABER ATENDIDO AL PAC. FRANCO OLCESE BOZZO, QUIEN AL MOMENTO DEL EXAMEN SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICA.

LIMA, 04 DE ABRIL DE 1990

DR. MANUEL W. SORIS ALVARADO
C.M.P. 15462

J.R. EMILIO ALTHAUS 164-LINCE



Manuel Soris Alvarado
MÉDICO - GENERAL
C. M. P. 15462

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/11

19. III. 90



IMPORTE →

IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input checked="" type="checkbox"/> CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CERTIFICADO MEDICO



F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL

MARCO PANDZIC GÓMEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DOMICILIO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

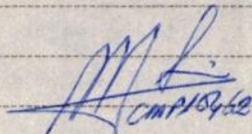
EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:

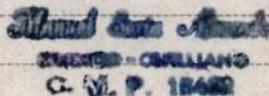
HA BER VISTO AL PACIENTE MARCO
PANDZIC GÓMEZ, QUIEN AL MOMENTO
DEL EXAMEN CLÍNICO SE ENCUENTRA
EN BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICA.

LIMA, 04 DE ABRIL DE 1990

DR. MANUEL W. SORIS ALVARADO
CMP 15462

IR. EMILIO SUTHAUS 164 - LINCE


CMP 15462


Médico Cirujano
C. V. P. 1868

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF-11

IMPORTE



IMPORTE SELLO MAQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARIJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEDOR

SECRETARIA DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD
SECRETARIA DE SALUD

[Handwritten signature]

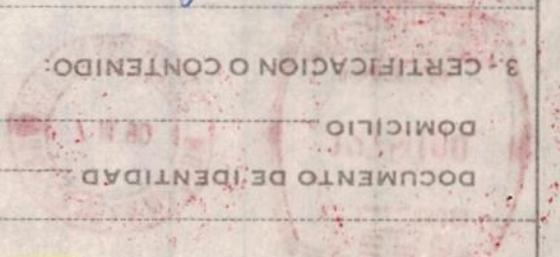
D^o Sr. Manuel W. Sorcia Alvarado
CMT 15468
I^o Sr. Emilio Alvarado López

L^o Mas, 04 DE ABRIL DE 1990

HABER ACURRIDO A LA PAC SANDRA KORMIS
LÓPEZ BRAVO, QUIEN AL MOMENTO SE
EXAMEN CLINICO, SE ENCUENTRA EN BUEN
ESTADO DE SALUD FISICA.

EL MEDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:

3. CERTIFICACION O CONTENIDO:
DOMICILIO:
DOCUMENTO DE IDENTIDAD:



2. DATOS DEL SOLICITANTE:
NOMBRE O RAZON SOCIAL: Sandra Kormis López

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF

IMPORTE



IMPORTE SELLO MAQUINA IMPRESORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	
<input type="checkbox"/>	

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL PEDRO ALFONSO PALOMINO ALEGRIA

DOCUMENTO DE IDENTIDAD L.E. No. 06649034

DOMICILIO GARCIA y GARCIA 687-3 BARRANCO

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

El Médico que suscribe, Certifica haber examinado a don

PEDRO ANTONIO PALOMINO ALEGRIA

Se encuentra en buenas condiciones FISICAS y PSIQUICAS, no padeciendo en la fecha ninguna enfermedad infecto contagiosa.

RADIOSCOPIA PULMONAR NORMAL

REACCIONES SEROLOGICAS NEGATIVO

EXAMEN DENTAL apto.

Se expide este Certificado a solicitud del interesado para los fines que crea oportuno.

CARLOS F. GORDILLO PALET- JEFE DEL CENTRO MEDICO MUNICIPAL DE BARRANCO. AV GRAU N° 92 292

Barranco el Abril 04 de 1990

CARLOS F. GORDILLO PALET
Médico - Jefe - C. M. P. 1321

MUNICIPALIDAD DE BARRANCO

Director

Dr. Carlos F. Gordillo Palet
Jefe División Salud Centro Médico

C. M. P. 1321

Patente Profesional 0861405

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF

IMPORTE



1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP <input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO FORMULARIO DE MIGRACIONES <input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES <input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES <input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO <input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS <input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION <input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION <input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO <input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS <input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES <input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA <input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS INSCRIPCION <input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE <input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE <input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL <input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA) <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA) <input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD TASAS POLICIALES PIP <input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA) <input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO <input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA <input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS <input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR -- (BREVETE) <input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO <input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO TASAS PODER JUDICIAL <input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL) <input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES PAPELETA DE REMATE JUDICIAL <input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO MUEBLES <input type="checkbox"/> LIMA -- CALLAO INMUEBLES <input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES <input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES <input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES <input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES <input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS <input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO <input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA <input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEDOR

2.- DATOS DEL SOLICITANTE:

NOMBRE O RAZON SOCIAL _____

DENIS VELASCO GÓLVEZ

DOCUMENTO DE IDENTIDAD _____

DOMICILIO _____

3.- CERTIFICACION O CONTENIDO:

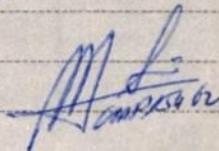
EL MÉDICO QUE SUSCRIBE CERTIFICA:

HA BER ATENDIDO AL PSC. DENIS VELASCO GÓLVEZ, QUIEN AL MOMENTO DEL EXAMEN CLÍNICO, SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO DE SALUD FÍSICA.

LIMA, 04 DE ABRIL DE 1990

DR. MANUEL W. SORIS ALVARADO
C.M.P. 15462

JR. EMILIO OLTHAUS 164-LINCE



Manuel W. Soris Alvarado
C.M.P. 15462

BANCO DE LA NACION

FORMULARIO DE PAGO ESPECIES VALORADAS

ART. 221 D.L. 316 RES. MINIST. 051-85-EF/1.1



IMPORTE →

IMPORTE SELLO MÁQUINA TIMBRADORA

1.- CONCEPTO

GOBIERNO CENTRAL	DIVERSOS ENCARGOS
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO ANTECEDENTES POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/> BOLETA UNICA DE LITIGANTE
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO MEDICO	<input type="checkbox"/> SOLICITUD DE INSCRIPCION DE VEHICULOS NUEVOS
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE MIGRACIONES	<input type="checkbox"/> GRAVAMEN DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO NO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> TARJETA DE LICENCIA DE CONDUCIR (BREVETE)
<input type="checkbox"/> FICHA SALIDA Y REINGRESO INMIGRANTES	<input type="checkbox"/> CLASE 1 (PROFESIONAL) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> FORMULARIO DE PERMISO ESPECIAL DE SALIDA Y REINGRESO	<input type="checkbox"/> CLASE 2 (PARTICULAR) ORIGINAL O DUPLICADO
<input type="checkbox"/> PADRON GENERAL DE MINAS	<input type="checkbox"/> TASAS PODER JUDICIAL
<input type="checkbox"/> POLIZA DE IMPORTACION	<input type="checkbox"/> CEDULA NOTIFICACION JUDICIAL (SENTENCIAL Y NO SENTENCIAL)
<input type="checkbox"/> POLIZA DE EXPORTACION	<input type="checkbox"/> BOLETA RECUSACIONES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE DECLARACION DE CONTENIDO	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE REMATE JUDICIAL
<input type="checkbox"/> CLASIFICACION ARANCELARIA	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO MUEBLES
<input type="checkbox"/> REGISTRO FISCAL DE VENTAS A PLAZOS	<input type="checkbox"/> LIMA - CALLAO INMUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION DE CONTRATOS DE COMPRA VENTA MUEBLES	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR MUEBLES
<input type="checkbox"/> CONSTANCIA CERTIFICADA	<input type="checkbox"/> SEDE CORTE SUPERIOR INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POR CADA COPIA CERTIFICADA DE ACTUADOS	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) MUEBLES
<input type="checkbox"/> INSCRIPCION	<input type="checkbox"/> FUERA DE SEDE DE CORTE (PROVINCIAS) INMUEBLES
<input type="checkbox"/> POLIZA DE CABOTAJE	<input type="checkbox"/> TRANSFERENCIA DE VEHICULOS
<input type="checkbox"/> EXPEDICION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> PAPELETA DE CONTADOR PUBLICO COLEGIADO
<input type="checkbox"/> REVALIDACION DE PASAPORTE	<input type="checkbox"/> BOLETA EVALUACION PSICOLOGICA
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES GUARDIA CIVIL	<input type="checkbox"/> BOLETA DEL ECONOMISTA
<input type="checkbox"/> CERTIFICADO (DOMICILIARIO, SUPERVIVENCIA, MUDANZA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> SERVICIO DE SEGURIDAD	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> TASAS POLICIALES PIP	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COPIA CERTIFICADA (DENUNCIA)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PERITAJE CRIMINALISTICO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> ODONTOGRAMA	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> RECIBO ARRENDAMIENTO	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F-OP-088

EXPENDEDOR



DEL DEPARTAMENTO DE EXAMENES
DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS - 107 (EMI - Ag. 1980)

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE GAMARRA BARACCO CESAR.		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fan Hijo.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica.		6. FECHA DEL EXAMEN 23-Marzo 1990.	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 11-ABRIL 1978		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL.		16. INFORMACION ADICIONAL			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controla cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
<input checked="" type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluirl senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluirl hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72) (anotar cualquier)
<input checked="" type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente	
<input checked="" type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

M. OVALLE Y.
O'Higgins - CMP. 4902
Centro Médico Naval

EL CAPITAN DE NAVIO S. N.
Jefe del Servicio de Neumología

OSWALDO FRANCO DELGADO
CMP. 10673

CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
Médico Cirujano
CMP. 17898

(41) Teniente Primero EN (MC)
Pedro CASTELLARES Camarero
CMP. 21439605/0
CMP. 10600

21. Op. Amigdalas (NI)

22. *Carlos Quiroz*

23. *Op. Esplén. Asceliforme*

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)		OBSERVACIONES Y EFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES	
O. - Diente curable L. - Diente no curable C. - Diente curado X. - Diente extraído XXX. - Reemplazado (6 x 8) - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares		I Z Q U I E R D A ¿Apto Dentalmente? SI <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
D E R E C H A	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 32 31 30 29 28 27 26 25 24 23 22 21 20 19 18 17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	PULMONES Y SENOS LAB. C. M. N.		
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	
		Dr. Angel ALMANDOZ R. Médico Radiólogo CIP: 03764916		TECNOLOGO MEDICO ELVIRA GUARDIA-MORENO CIP: 0702	

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 140		52. PFSO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)					
SENTADO	SIST	ECHADO	SIST	PARADO (3 min.)	SIST. 100	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	1 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
	DIAST		DIAST		DIAST. 60						
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O D	20	CORREGIDO A	/20	ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.	CIL.		
O I	20	CORREGIDO A	/20	ESF.	CIL.	PRISMA		CORREGIDO A ESF.	CIL.		
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°	EXO°	M.D.	H.I.	DES. CON.	RP.	P.R.			
CERCA		ESO°	EXO°	M.D.	H.I.	DES. DIV.	P.P.	P.R.			
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD					
O D						(Método usado)			NO CORREGIDO		
O I									CORREGIDO		
66. CAMPO VISUAL			67. VISION NOCTURNA (met. usado)			68. LENTES ROJOS			69. TONOMETRIA (met. usado)		
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test. usado)			
OIDO DERECHO	/15	cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO	/15	cuchichada		DER.	11	15	15	1	15	15	15
				IZO.	15	15	15	1	15	15	15

Carlos Enrique VERA M.
Fisiatra - Audiología
Centro Médico Naval

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

[Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente]

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

21. Operado de amígdalas. (NI).
28. Bronquitis Acanatiforme. (NI).
Laboratorio. Prueba H.I.V. NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. SI ESTÁ CALIFICADO está calificado para no está

77. SI NO ESTÁ CALIFICADO, ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

C. de C. SN Juan INCARRIGA Polanco.

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

El T. de S. Segundo SN.
Angel RUIZ Palacios
C.M-2445512575-0



SERVICIO DE EXAMENES DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS - 107 (EMI - Ag. 1980) 27

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE GAMARRA BARACCO LUIS		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fan II Jto.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica.		6. FECHA DEL EXAMEN 23-Marzo 1990.	
7. SEXO M	8. RAZA M	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR 8.9	10. BUQUE, DEPENDENCIA BUQUE 1005 BO 710	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 2-6-1976		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL.		16. INFORMACION ADICIONAL			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	



EVALUACION CLINICA		Controla cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
Normal	Anormal	
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70, 71)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluirl senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamano, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluirl hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies (fuerza y motilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72) (anotar cualquier)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (Marcar como se efectuó)
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS.- Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el sujeto lo incapacita (I) o no (NI).

OKAMOTO Y.
Cirujano - CMP, 4902
Centro Médico Naval

Carlos Quiroz
Capitán de Corbeta
Carlos QUIROZ
C.M.P. 10673

EL CAPITAN D. JAVIER S. N.
Jefe del Servicio de Neumología
OSWALDO FRANCO DELGADO
C.M.P. 02899

CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
Médico Cirujano
C.M.P. 17898

(71) Teniente Primero SN (MC)
Pedro CASTELLARES Camad
M-2143960547-0
C.M.P. 14848

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y ENFERMEDADES
O.- Diente curable X.- Diente extraído L.- Diente no curable XXX.- Reemplazado ●.- Diente curado																	
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z O U I E R D A
E																	
R																	
E																	
CH																	
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	¿Apto Dentalmente? SI <input type="checkbox"/> No <input checked="" type="checkbox"/>

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA		V.D.R.E.: NO REACTIVA	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH		50. OTRAS PRUEBAS	
		Dr. Angela ALMANDOZ R. Médico Radiólogo CIP: 03764914		TECNOLOGO MEDICO ELVINA GUARDIA-MOREN C.M.P. 0702	

PULMONES SANOS

LAB. G. M. N.

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.46		52. PESO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Cruceo Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)					
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.	
SIST. 85 DIAST. 20		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.					
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O.D. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.	
O.L. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			
O.D.								(Método usado)			
O.L.				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				NO CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL								CORREGIDO			
								68. LENTES ROJOS			
								69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (met. usado)			
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		250		500		1000		2000	
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		3000		4000		8000		12000	
				DER.		IZQ.					

Carlos Enrique VERA M.
Foniatría - Audiología
Centro Médico Naval

--- (Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

Laboratorio Prueba H.I.V NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES— Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

C.d.-C.S.N. JUAN INCARROCA POLANCO

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

Handwritten signature

Handwritten signature

Angel Ortiz Palacios
C.M. 25512750

ARCHIVO DE...



SERVICIO DE EXAMENES DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS-107 (EMI - A2. 1980)

FOJO 29

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE SUEYRAS LOSTAUMAU LUIS		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fam Hijo.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN EVALUACION MEDICA.		6. FECHA DEL EXAMEN 23-Marzo 1990	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 26-4-1979		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAÑO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL.			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	



EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"	
<input checked="" type="checkbox"/>	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO, CABEILUDO.
<input checked="" type="checkbox"/>	19. NARIZ
<input checked="" type="checkbox"/>	20. SENOS PARANASALES
<input checked="" type="checkbox"/>	21. BOCA Y GARGANTA
<input checked="" type="checkbox"/>	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
<input checked="" type="checkbox"/>	23. TIMPANOS (Perforación)
<input checked="" type="checkbox"/>	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
<input checked="" type="checkbox"/>	25. OFTALMOSCOPIA
<input checked="" type="checkbox"/>	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
<input checked="" type="checkbox"/>	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
<input checked="" type="checkbox"/>	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
<input checked="" type="checkbox"/>	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
<input checked="" type="checkbox"/>	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
<input checked="" type="checkbox"/>	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
<input checked="" type="checkbox"/>	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
<input checked="" type="checkbox"/>	33. SISTEMA ENDOCRINO
<input checked="" type="checkbox"/>	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
<input checked="" type="checkbox"/>	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y movilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y movilidad)
<input checked="" type="checkbox"/>	37. PIES
<input checked="" type="checkbox"/>	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
<input checked="" type="checkbox"/>	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
<input checked="" type="checkbox"/>	40. PIEL, LINFATICOS
<input checked="" type="checkbox"/>	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
<input checked="" type="checkbox"/>	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (añotar cualquier anomalía) (Marcar como se efectuó)
<input checked="" type="checkbox"/>	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuere necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

E. OKAMOTO Y.
Otorrino - O.M.P. 4902
Centro Médico Naval

EL CAPITAN DE NAVIO N.
Jefe del Servicio de Neumología
OSWALDO FRANCO DELGADO
C.M.P. 08842

CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
Médico Cirujano
C.M.P. 17898

Teniente Pedro CASTELLANOS Comed
C.M.P. 2143960547-0

Carlos QUINTO Garcia
C.M.P. 10078

Pij

(41)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																OBSERVACIONES Y DEFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES		
O. - Diente curable L. - Diente no curable C. - Diente curado																I Z Q U I E R D A		
X. - Diente extraído (6 x 8) - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																Apto Dentalmente?		
XXX. - Reemplazado																Si <input checked="" type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
D	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
E																		
R																		
E																		
C																		
H																		
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	PULMONES SANOS			V.D.R.L.: NO REACTIVA BAB. C.M.N.		
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
			Dr. Angela ALMANDOZ Médico Radiólogo C.M.P. 98764918			TECNOLOGO MEDICO ELVIRA GUARINA-MORENO C.M.P. 0708		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA		52. P.F.S.O.		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				56. TEMPERATURA							
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)													
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		2 MINUTOS DESPUES		ECHADO		DESPUES DE PARADO 3 Mins.					
SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.		SIST. DIAST.					
90		76																	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA											
O.D.		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
O.I.		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF.		CIL.							
62. HETEROFORIA																			
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.		EP.		P.R.					
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.		P.P.		P.R.					
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)				NO CORREGIDO							
O.D.												CORREGIDO							
O.I.				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)							
66. CAMPO VISUAL																			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (trat. usado)											
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		250		500		1000		2000		3000		4000		8000		12000	
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		15		15		15		15		15		15		15		15	

Carlos Enrique VERA M.
Foniatra - Audiología
Centro Médico Naval

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

Laboratorio Prueba H.I.V. NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES— Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. EL EXAMINADO CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS
3 C.de.O. SN Juan INCARROCA P. Olanco

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

Angel RUIZ Palacios
C.M. 244551275
COR. 4194



SERVICIO DE EXAMENES DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS-107 (EMI - Ag. 1980)

PAULO L. 30

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad



1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE RAMIREZ CORZO / JUAN MANUEL		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fam Hijo.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica.		6. FECHA DEL EXAMEN 23-Marzo 1990.	
7. SEXO F	8. RAZA M	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 29-5-84		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL		16. INFORMACION ADICIONAL			
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	

EVALUACION CLINICA	
Normal	Anormal
	Controla cada inciso en la columna apropiada. Si por examen clínico colócale "NE".
/	18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABELLUDO.
/	19. NARIZ
/	20. SENOS PARANASALES
/	21. BOCA Y GARGANTA
/	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/	23. TIMPANOS (Perforación)
/	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/	25. OFTALMOSCOPIA
/	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/	28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
/	29. CORAZON (fuerza, ritmo, ruidos)
/	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/	31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluid hernias)
/	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/	33. SISTEMA ENDOCRINO
/	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y movilidad)
/	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y movilidad)
/	37. PIES
/	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
/	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
/	40. PIEL, LINFATICOS
/	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/	42. PSIQUIATRICO (descripción de la personalidad) (anotar cualquier) (Marcar como se efectuó)
/	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

E. OKAMOTO Y.
 Torring. C.M.P. 4902
 Centro Médico Naval

Carlos Quiroz
 Carlos QUIROZ García
 C.M.P. 10678

OSWALDO FRANCO DELGADO
 M.P. 02842

CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
 Médico Cirujano
 C.M.P. 19896

Teniente Pedro CASTELLARES Comand
 (41) C-M-2143960547-0
 C.M.P. 44980

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O. - Diente curable X. - Diente extraído																
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado																
* - Diente curado																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
D																
E																
R																
E																
CH																
A	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y EFECTOS DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

(Apto Dentalmente?)

Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Espec. tipo, método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	PULMONES SANOS			V.D.R.L.: NO REACTIVA		
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
						TECNOLOGO MEDICO ELVIRA GUARDIA MORENO C.M.P. 010		

CIE: 03764916

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA	52. PESO	53. COLOR PELO	54. COLOR OJOS	55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA				
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)			58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)						
SENTADO	SIST. 80 DIAST. 60	ECHADO	SIST.	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.				
59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION		61. VISION DE CERCA					
O.D.	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.				
O.I.	CORREGIDO A /20	ESF.	CIL.	PRISMA	CORREGIDO A ESF. CIL.				
62. HETEROFORIA									
LEJOS	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. CON. EP. P.R.				
CERCA	ESO°	EXO°	H.D.	H.L.	DES. DIV. P.P. P.R.				
63. ACOMODACION		64. VISION DE COLORES (Método usado)		65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD					
O.D.				(Método usado)					
O.I.		67. VISION NOCTURNA (met. usado)		NO CORREGIDO					
66. CAMPO VISUAL				CORREGIDO					
				68. LENTES ROJOS					
				69. TONOMETRIA (met. usado)					
70. AUDICION		71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test. usado)			
		240	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO DERECHO /15 cuchichada		DEL.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
OIDO IZQUIERDO /15 cuchichada		IZO.	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
73. NOTAS CLINICAS (continuación)									

VERA M.
 Otorrinolaringología - Audiología
 Centro Médico Naval

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

2. Laboratorio Prueba H.I.V NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está calificado para no está

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

C.de.C.S.N. JUAN INCARROCA Polanco.

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

Handwritten signature and date: 12/27/20

LICENCIADO EN ODONTOLOGIA



SERVICIO DE EXAMENES DE CAPACIDAD PSICOFISICA
FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS-107 (EMI - Ag. 1980)

DEL
 Estado
 JULIO 1990 31

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE RAMIREZ CORZO ALFONSO.		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fan Hijo.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica.		6. FECHA DEL EXAMEN 23 Marzo 1990	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	CIVIL	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO
12. FECHA DE NACIMIENTO 27-XII-1976		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL.			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	



EVALUACION CLINICA 517-PU
 NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinada coloque "NE"
/		18. CABEZA, CARA, CUELLO y CUERO CABE-LLUDO.
/		19. NARIZ
/		20. SENOS PARANASALES
/		21. BOCA Y GARGANTA
/		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/		23. TIMPANOS (Perforación)
/		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/		25. OFTALMOSCOPIA
/		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
/		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
/		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
/		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/		33. SISTEMA ENDOCRINO
/		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y movilidad)
/		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies, fuerza y movilidad)
/		37. PIES
/		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
/		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
/		40. PIEL, LINFATICOS
/		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (añadir cualquier (Marcar como se efectuó)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

E. OKAMOTO Y.
 Torrijos C.M.P. 4902
 Centro Médico Naval

Carlos Quiroz
 Capitán de Corbeta S.N.
 Carlos QUIROZ-García
 C.M.P. 19873

28
28
 CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
 Médico Cirujano
 C.M.P. 17898

Lesiones costales MS 779.
Meinle

(41) Teniente Pedro CASTELLANOS Camero
 C.M.P. 199570
 C.M.P.

(Continuar en el inciso 73)

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																OBSERVACIONES Y ENFERMEDADES Y EFECTOS MENTALES ADICIONALES	
O. - Diente curable X. - Diente extraído (6 x 8) - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																Apto Dentalmente? <input checked="" type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado																	
e. - Diente curado																	
D E R E C H A																	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD		46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)		47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)	
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA		V.D.R.L.: NO REACTIVA LAB. C.M.N.	
48. ELECTROCARDIOGRAMA		49. TIPO DE SANGRE Y FACTORES		50. OTRAS PRUEBAS TECNOLOGICAS MEDICAS	
		ALMANDOZ Médico Radiólogo CIF: 03764916		LIVIA GUARDIA-MORENO CENSA, 0702	

PULMONES 3 ANOS

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 140		52. PFSO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)					
SENTADO	SIST 110 DIAST 60	ECHADO	SIST DIAST	PARADO (3 min.)	SIST. DIAST.	SENTADO	DESPUES DEL EJERCICIO	2 MINUTOS DESPUES	ECHADO	DESPUES DE PA- RADO 3 Mins.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O.D. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF. CIL. PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.					
O.I. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF. CIL. PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.					
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		H.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION			64. VISION DE COLORES (Método usado)			65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD			69. TONOMETRIA (met. usado)		
O.D.						(Método usado)			NO CORREGIDO		
O.I.			67. VISION NOCTURNA (met. usado)						CORREGIDO		
66. CAMPO VISUAL						68. LENTES ROJOS					
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA					72. EQUILIBRIO (test usado)		
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		250	500	1000	2000	3000	4000	8000	12000
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		DER. 15	20	25	25	15	20	20	15
				IZQ. 15	15	15	15	15	15	15	15
73. NOTAS CLINICAS (continuación)											

Carlos Enrique VERA M.
Foniatría - Audiología
Centro Médico Naval

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEPECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

**40.- Lesiones costrosas Hie bro superior izq.(NI).
Macula sub-costal izq.(NI).
Laboratorio Prueba H I.V NEGATIVO.**

75. RECOMENDACIONES- Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEPECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA: **C. de C. SN Juan INCARRIGA Bolanco**

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA:

Handwritten signature and date: 22/11/2024

El Teniente Coronel SN
del Hospital de Patología
0922425125750



FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE RAMIREZ CORZ O DANIEL		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fan Hijo		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica		6. FECHA DEL EXAMEN 26-Marzo 90	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA CIVIL	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 3-3-80		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCANO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVAL			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	



EVALUACION CLINICA

NOTAS: Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del inciso. Si fuera necesario continuar con el inciso 75 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incapacita (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controle cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
/	/	18. CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABELLUDO
/	/	19. NARIZ
/	/	20. SENOS PARANASALES
/	/	21. BOCA Y GARGANTA
/	/	22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70-71)
/	/	23. TIMPANOS (Perforación)
/	/	24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
/	/	25. OFTALMOSCOPIA
/	/	26. PUPILA (Igualdad y reacción)
/	/	27. MOV. OCULARES (nistagmus)
/	/	28. PULMONES Y TORAX (Incluir senos)
/	/	29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
/	/	30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
/	/	31. ABDOMEN Y VISCERAS (Incluir hernias)
/	/	32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
/	/	33. SISTEMA ENDOCRINO
/	/	34. SISTEMA GENITO-URINARIO
/	/	35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y motilidad)
/	/	36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y motilidad)
/	/	37. PIES
/	/	38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
/	/	39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
/	/	40. PIEL, LINEATICOS
/	/	41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
/	/	42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (anotar cualquier detalle) (Marcar como se efectuó)
/	/	43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

OSWALDO Y. GARRIDO - C.M.P. 4902
Centro Médico Naval

EL CAPITAN DE NAVAL Jefe del Servicio de Abordaje

OSWALDO FRANCO

CARLOS JAIME MUJICA MAYORGA
Médico Cirujano
C.M.P. 17898

Capitán de Corbeta SN.
CARLOS QUIROZ Garcia
C.M.P. 10673

(NI) Teniente Primero SN (MC)
Pedro CASTELLARES Camac
O-M-2143960547-0
C.M.P. 4000

41. DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																	OBSERVACIONES Y ENFERMEDADES	
O - Diente curable X - Diente extralado L - Diente no curable XXX - Reemplazado * - Diente curado																		
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	I Z Q U I E R D A	Apto Dentalmente?
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17		

EXAMENES DE LABORATORIO

45. ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (Incluir fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (Especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	PULMONES SANOS			V.D.R.L.: NO REACTIVA		
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH			50. OTRAS PRUEBAS		
			ANGELA ALMANDO Ruiz Médico Radiólogo C.M.P. 02764010			TECNOLOGO MEDICO ELVIRA GUERRA MORENO C.M.P. 0788		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 140		52. PFSO		53. COLOR PELO		54. COLOR OJOS		55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)						58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)					
SENTADO		ECHADO		PARADO (3 min.)		SENTADO		DESPUES DEL EJERCICIO		DESPUES DE PARADO 3 Min.	
SIST 90		SIST		SIST.		SIST.		SIST.		SIST.	
DIAST 60		DIAST		DIAST.		DIAST.		DIAST.		DIAST.	
59. VISION DE LEJOS				60. REFRACCION				61. VISION DE CERCA			
O.D. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.	
O.I. 20/20		CORREGIDO A /20		ESF.		CIL.		PRISMA		CORREGIDO A ESF. CIL.	
62. HETEROFORIA											
LEJOS		ESO°		EXO°		M.D.		H.L.		DES. CON.	
CERCA		ESO°		EXO°		M.D.		H.L.		DES. DIV.	
63. ACOMODACION				64. VISION DE COLORES (Método usado)				65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD (Método usado)			
O.D.								NO CORREGIDO			
O.I.				67. VISION NOCTURNA (met. usado)				CORREGIDO			
66. CAMPO VISUAL				68. LENTES ROJOS				69. TONOMETRIA (met. usado)			
70. AUDICION				71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (test, usado)			
OIDO DERECHO		/15 cuchichada		250		500		1000		2000	
OIDO IZQUIERDO		/15 cuchichada		3000		4000		8000		12000	
				DER.		IZO.					

Carlos Enrique VERA M
Foniatría - Audiología
Centro Médico Naval

(Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente)

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

Laboratorio. Prueba H.I.V. NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL EXAMINADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO, ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS
C.de.C. SN Juan INCARRHOCA Polanco.

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA:

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA: **Teniente Segundo SN, Angel RUIZ Palacios**

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA: **ESP 25750 GBR 4184**

Handwritten signature and date: 27/02/2011

Handwritten signature



SERVICIO DE EXAMENES DE CAPACIDAD PSICOFISICA

SS-107 (EMI - Ag. 1980)

FICHA DE CAPACIDAD PSICOFISICA

33

Dirección de Sanidad

1. APELLIDO PATERNO-MATERNO-NOMBRE GALDOS CHUECA ENRIQUE ALBERTO.		2. GRADO, CATEGORIA, TITULO Fan Hijo.		3. IDENTIFICACION No.	
4. DIRECCION DOMICILIARIA		5. OBJETO DEL EXAMEN Evaluación Médica.		6. FECHA DEL EXAMEN 23 Marzo 1990.	
7. SEXO M	8. RAZA	9. AÑOS DE SERVICIO AL ESTADO MILITAR	10. BUQUE, DEPENDENCIA	11. LUGAR DONDE PRESTA SERVICIO	
12. FECHA DE NACIMIENTO 20-5-1980.		13. LUGAR DE NACIMIENTO		14. NOMBRE, PARENTESCO, Y DIRECCION DEL PARIENTE MAS CERCAO	
15. LUGAR DEL EXAMEN CENTRO MEDICO NAVA I.			16. INFORMACION ADICIONAL		
17. TIPO DE TRABAJO O ESPECIALIDAD:		TIEMPO EN DICHO TRABAJO:		ULTIMOS SEIS MESES:	



EVALUACION CLINICA

NOTAS - Describir cualquier anomalía en detalle, haciendo referencia al número del ítem. Si fuera necesario continuar con el inciso 73 y usar hojas adicionales. Indicar si el defecto lo incorpora (I) o no (NI).

Normal	Anormal	Controlé cada inciso en la columna apropiada. Si no es examinado coloque "NE"
		18. CABEZA, CARA, CUELLO Y CUERO CABE-LLUDO.
		19. NARIZ
		20. SENOS PARANASALES
		21. BOCA Y GARGANTA
		22. OIDOS (Agudeza auditiva Inc. 70, 71)
		23. TIMPANOS (Perforación)
		24. OJOS (Agudeza visual Inc. 59, 60, 61)
		25. OFTALMOSCOPIA
		26. PUPILA (Igualdad y reacción)
		27. MOV. OCULARES (nistagmus)
		28. PULMONES Y TORAX (incluir senos)
		29. CORAZON (tamaño, ritmo, ruidos)
		30. SISTEMA VASCULAR (Várices, etc.)
		31. ABDOMEN Y VISCERAS (incluir hernias)
		32. ANO Y RECTO (hemorroides, fistula, próstata)
		33. SISTEMA ENDOCRINO
		34. SISTEMA GENITO-URINARIO
		35. EXTREMIDADES SUPERIORES (fuerza y movilidad)
		36. EXTREMIDADES INFERIORES (excepto pies) (fuerza y movilidad)
		37. PIES
		38. COLUMNA VERTEBRAL - MUSCULOS
		39. MARCAS EN EL CUERPO (Cicatrices, Tatuajes)
		40. PIEL, LINFATICOS
		41. SIST. NERVIOSO (Prueba del equilibrio) (Inc. 72)
		42. PSIQUIATRICO descripción de la personalidad (Mencione cualquier anomalía) (Mencione cualquier anomalía)
Mujeres solamente		43. PELVIS <input type="checkbox"/> VAGINAL <input type="checkbox"/> RECTAL

21. Op. Amígdalas (NI)

E. OKAMOTO Y.
Otorrino - C.M.P. 4902
Centro Médico Naval

22. - *[Signature]*
Capitán de Corbeta S.N.
Galdos QUIROZ García
C.M.P. 10873

EL CAPITAN DE NAVIO S. N.
Jefe del Servicio de Neumología

OSWALDO FRANCO DELGADO
C.M.P. 17898

CARLOS JAIME MUJICA MAYORCA
Médico Cirujano
C.M.P. 17898

(41) Teniente Primero S.N (MC)
Pedro CASTELLARES Camac
O-M-2143960547-0
C.M.P. 14948

(Continuar en el inciso 73)

41 DENTAL (Colocar símbolos apropiados sobre o debajo de los dientes superiores e inferiores, respectivamente)																
O. - Diente curable X. - Diente extraído [6 x 8] - Puentes fijos removibles, incluyendo pilares																
L. - Diente no curable XXX. - Reemplazado																
C. - Diente curado																
D E R E C H A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

OBSERVACIONES Y EXAMENES DENTALES ADICIONALES Y ENFERMEDADES

Apto Dentalmente? Si No

EXAMENES DE LABORATORIO

45 ANALISIS ORINA: DENSIDAD			46. RAYOS X TORAX (lugar, fecha, número, resultado)			47. SEROLOGIA (especificar método y resultado)		
ALBUMINA	AZUCAR	MICROSCOPIA	PULMONES Y SENOS			V. D. E. L. NO REACTIVA		
48. ELECTROCARDIOGRAMA			49. TIPO DE SANGRE Y FACTOR RH (Mandoz)			LAB. G. M. N.		
			Médico Radiólogo C.I.P. 03764916			ELVIRA GUERRA-MORENO C.M.P. 0722		

MEDICIONES Y OTROS HALLAZGOS

51. TALLA 1.5	52. PESO	53. COLOR PELO	54. COLOR OJOS	55. CONTEXTURA Delgado Mediano Grueso Obeso <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	56. TEMPERATURA	
57. PRESION ARTERIAL (Brazo a la altura del corazón)			58. PULSO (Brazo a la altura del corazón)			
SENTADO	SIST DIAST	ECHADO	SIST DIAST	PARADO (3 min.)	SIST. 100 DIAST. 60.	
59. VISION DE LEJOS		60. REFRACCION		61. VISION DE CERCA		
O.D.	20/20	CORREGIDO A	/20	ESF.	CIL. PRISMA	
O.I.	20/20	CORREGIDO A	/20	ESF.	CIL. PRISMA	
62. HETEROFORIA						
LEJOS	ESO°	EXO°	M.D.	H.I.	DES. CON.	
CERCA	ESO°	EXO°	M.D.	H.I.	DES. DIV.	
63. ACOMODACION		64. VISION DE COLORES (Método usado)		65. PERCEPCION DE PROFUNDIDAD		
O.D.				(Método usado)		
O.I.		67. VISION NOCTURNA (met. usado)		NO CORREGIDO		
66. CAMPO VISUAL				CORREGIDO		
72. AUDIACION		71. AUDIOMETRIA				72. EQUILIBRIO (met. usado)
OIDO DERECHO	/15 cuchichada	250	500	1000	2000	
OIDO IZQUIERDO	/15 cuchichada	3000	4000	8000	12000	
		DER.	✓	✓	✓	
		IZQ.	✓	✓	✓	

Carlos Enrique VERA
Pediatría - Audiología
Centro Médico Naval

73. NOTAS CLINICAS (continuación)

[Si fuera necesario use hojas adicionales de papel corriente]

74. RESUMEN DE LOS DEFECTOS Y DIAGNOSTICOS (Indicar los diagnósticos con los números de los incisos)

21.- Operado de amígdalas. (NI).

2 Laboratorio. Prueba H I.V. NEGATIVO.

75. RECOMENDACIONES - Indicar necesidad de examen por especialistas (especificar)

76. EL ENFERMADO está no está calificado para

77. SI NO ESTA CALIFICADO. ENUMERAR LOS DEFECTOS POR EL NUMERO DE LOS INCISOS

78. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA: **C. de C. Sr. Juan INCARROCA Bolanco.**

79. NOMBRE COMPLETO DEL MEDICO (letra imprenta) FIRMA: **Angé RUIZ Palacios**

80. NOMBRE COMPLETO DEL DENTISTA (letra imprenta) FIRMA:

81. NOMBRE COMPLETO DE LA AUTORIDAD QUE APRUEBA (letra imprenta) FIRMA: **COP 4184**

DEL DEPORTE
34
Dr. Alejandro Olivares Valdivia

MEDICO - CIRUJANO

C. M. P. 17077

DOMICILIO:

MALC. DE LA RESERVA 457

MIRAFLORES

TELEF. 457869 - 670186

CONSULTORIO:

GRIMALDO DEL SOLAR III OF. 801

MIRAFLORES

Rp.

El pte. hace constancia haber realizado
un Examen Clínico y Mental al niño
Albento Echeagaury SKONTORP de 10 años
de edad, encontrándosele en buen estado
físico y mental con PA: 125/60 mm Hg.

Por lo que se encuentra apto para
las practicas de deporte de ciclismo.

At. Dr. Alejandro Olivares V.

MEDICO CIRUJANO

C.M.P. No. 17077

27/3/90

COMPANIA PERUANA DE TELEFONOS S.A.

SERVICIO MEDICO INTEGRADO

35

TITULAR : Jorge Ruiz Crespo
GARNET : 1-8655 EXPEDIENTE : _____
PACIENTE : _____

MEDICO : _____ C.M.P. 16798

Rp.

La medicina y psiquiatria
certifican que el Sr. Jorge
Ruiz Crespo se encuentra
en la actualidad con buena
salud fisica y mental

5
4
90

COMPANIA PERUANA DE TELEFONOS S.A.
NINFA TRIGOSO STUARD
C.M.P. 16798

HERNAN VILLANUEVA LARA

MEDICO

MEDICINA INTERNA - CARDIOLOGIA

Niños - Adultos

ELECTROCARDIOGRAMAS - PRUEBAS DE ESFUERZO

C. M. P. 0560

REG. NAC. ESPECIALISTA 1318

L. T. 2964635

Reg. Ing. Prof. 758145

Rp.

El suscrito por suscribir
certifico haber examinado
al joven Christian
Milligan Iglesias,
quien no presenta evi-
dencias de patología, ni
enfermedad infecto-con-
tagiosa, gozando de buen
estado de salud, pudiendo reali-
zar todo tipo de activi-
dad física. -

León, 03 de Abril, 1980

CONSULTAS: Av. 28 de Julio 334 - Jesús María

Telfs. 238160 - 249936

DOMICILIO Telf. 209308

CMA 0560

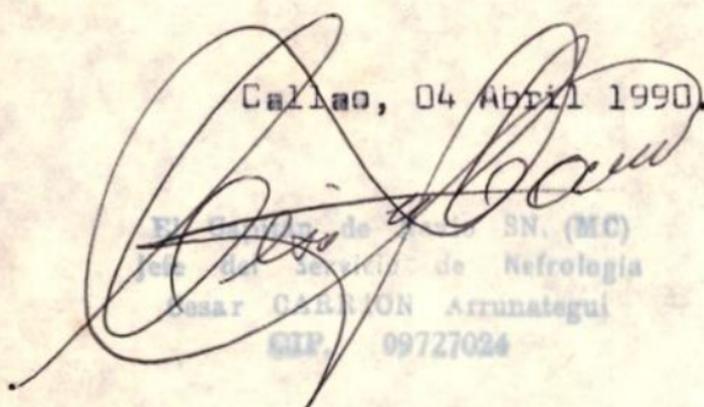
RECETA MEDICA

Rp.

Certifico haber examinado a la Señora C. Maritza NICOLINI ALva, encontrandosele en buenas condiciones de salud y Apta para viajar a la república de : Ecuador "Quito" .

Se expide el presente a solicitud de la interesada.

Callao, 04 Abril 1990.


Especialista en Nefrología SN. (MC)
Jefe del Servicio de Nefrología
Cesar CARRION Arrunategui
CIP 09727024

DR. ROMULO TORRES C.

C. M. P. 1050

MEDICO - CIRUJANO

Camilo Carrillo 225 - 204 - Teléfono 234234

Domicilio: Enrique Palacios 480 - Miraflores - Teléfono 461687

El niño Francisco
 Chamorro Cespedes
 se encuentra en el
 estado de salud física
 mental. No presenta
 ninguna enfermedad
 o lesión.

Fecha 29 de marzo 1990



Dr. ROMULO TORRES C.
 MEDICO-CIRUJANO
 C.M.P. 1050
 Cri. San E.P.

APTO

AUX DE AORDO

DEBE USAR LENTES CORRECTORES EN ACTIVIDADES DE VUELO

Dirección de Aeronáutica Civil

Filiación del Titular



Fecha de Nacimiento : 26-09-56

Sexo : MASCULINO

Estatura : 1.85 cms.

Peso : 65 Kgs.

Color de cabello : CASTAÑOS

Color de ojos : PARDOS

Estado Civil : CASADO.



FIRMA DEL TITULAR

DEL

FOLIO No 38

A

POSITIVO

REPUBLICA DEL PERU
FUERZA AEREA DEL PERU
AERONAUTICA CIVIL
CERTIFICADO MEDICO N-236 ezc.

Nombre : ALBERTO FERRER JIMENEZ

Nacionalidad : PERUANA

Dirección : CALLE UNO N° 88-101 SAN ISIDRO

Para : RENOV. LIC. AUXILIAR DE ABORDO

Fecha de examen : 3-7-89

Expira en : 30-7-90

El Jefe del Depto de Exámenes Psicosísicos

El Director del Hospital C. DE
VICENTE TORRES SOPEZ

0-7292569-0

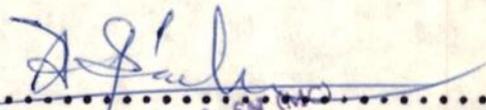
JUL-90

Handwritten signature

CERTIFICADO MEDICO

CONSTE POR EL PRESENTE DOCUMENTO, QUE EL SEÑOR LUIS GAMARRA ELIAS, SE ENCUENTRA EN BUENAS CONDICIONES DE SALUD TAL COMO LO ACREDITA SU ULTIMO CONTROL CLINICO Y EXAMENES AUXILIARES, PUDIENDO VIAJAR A LA CIUDAD DE QUITO-ECUADOR.

LIMA, 04 de Abril de 1990


.....
Capitán de Navío SN (M)
Asesor de Sanidad
Hipólito SAN-HEZ Tejada
CIP. 03534947



CPDP

1989

SOCIO ACTIVO

No. CU **232-1M**

FILIAL **LIMA**

NOMBRE: PEDRO ALFONSO PALOMINO ALEGRIA
CENTRO DE TRABAJO: LA HORA DEL CICLISMO
CARGO: PRESIDENTE



DEL DEPORTE
 No. 40
 cuarenta

PERIODISTA

LIBRETA ELECTORAL : 06649034

LIBRETA MILITAR : 2139917609

LIBRETA TRIBUTARIA : 9025116

DOMICILIO : García y Gálvez 607-35

[Firma]
 Firma del Interesado

El presente carnet es el único documento oficial para el ingreso a todos los Espectáculos Deportivos, que se realicen en el País (Resolución 048 AD - 85 - IPD).

INFORME TECNICO

DELEGACION DE BICICROSS : V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS

La Liga de Bicicross de Lima ha recibido la cordial invitación del COMITE DE BICICROSS DE PICHINCHA para participar en la :

"V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS, que se llevará a cabo durante los días 13,14 y 15 de los Corrientes en QUITO-ECUADOR.

Nuestra Liga ha creído conveniente que nuestros Bicicrossistas asistan a tan magno evento a fin de que adquieran mayor roce internacional y alcancen una performance y nivel técnico necesarios para su desarrollo ciclistico.

Creemos que debemos aprovechar esta oportunidad de dejar que nuestros bicicrossistas asistan ya que oportunidades como estas se presentan muy poco, además que cada participante correrá con sus propios gastos.

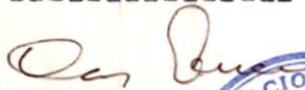
Solicitamos a la Federación para que nos AUTORICE ha participar en dicho evento.

Atentamente,


HECTOR WU GENG
PRESIDENTE



c.c. Interesados


CARLOS ENCINAS RAMIREZ
SECRETARIO



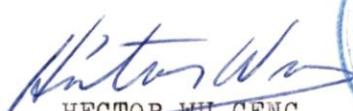
GUILLERMO DE VIVANCO ROCA REY
PRESIDENTE


DEL DEPTO
BOLIVIA No. 4
COAren711 de

Se informa respecto a la relación de integrantes de la DELEGACION PERUANA que asistirá a la V Copa Panamericana de Bicicross, con la finalidad que se tramite la Resolución correspondiente. A la vez que un oficio dirigido a la empresa AEROPERU solicitando Licencia con goce de haberes para nuestro deportista Alberto Ferrer Jiménez quien viajará representando al Perú en dicho certamen y otro a la Cia. Peruana de Teléfonos S.A. solicitando Licencia en los mismos términos para el Sr. Jorge Ruiz Crespo quien viajará como Entrenador del Equipo Peruano. Se entiende que la duración de la Licencia es desde el día 10 al 16 de Abril de 1990.

Sin otro particular,

Atentamente,


HECTOR WU GENG




CARLOS ENCINAS RAMIREZ
SECRETARIO




GUILLERMO DE VEVANCO ROCA REY
PRESIDENTE



COA PENTAI T 8

INFORME ECONOMICO

DELEGACION DE BICICROSS: V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS

El siguiente es el presupuesto económico de los gastos que se efectuarán con motivo de la participación del equipo PERUANO en la V COPA PANAMERICANA, a efectuarse en QUITO-ECUADOR.

Costo de pasaje aéreo LIMA - QUITO - LIMA :

Adulto \$ 235.00
Menor \$ 129.00

Salida : Día 10 de Abril -90
Retorno: Día 16 de Abril -90

16 Pasajes MENOR a \$129.00	\$ 2,064.00	I/. 50'568,000.00
16 Pasajes ADULTO a \$235.00	\$ 3,760.00	92'120,000.00
03 Días de hospedaje para 32 personas a razón de \$20.00 incluido Desayuno y Cena	\$ 1,920.00	47'040,000.00
32 Almuerzos a razón de \$5.00 por el periodo de 07 días	\$ 1,120.00	27'440,000.00
TOTAL	\$ 8,864.00	217'168,000.00

El presente presupuesto será solventado mediante recursos propios.

Atentamente,

Hector Wu Geng
HECTOR WU GENG



Carlos Encinas Ramirez
CARLOS ENCINAS RAMIREZ
SECRETARIO



Guillermo de Vivanco Roca Rey
GUILLERMO DE VIVANCO ROCA REY
PRESIDENTE



FEDERACION PERUANA DE CICLISMO

Fundado el 25 de Marzo de 1924 - Afiliada a la FIAC y a la UCI

DEL
Seminario
PALEJO No 401
COA 01E107d(eo)

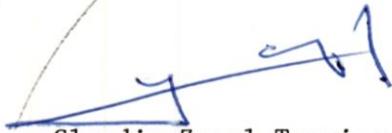
CARTA COMPROMISO DE RETORNO

DELEGACION DE BICICROSS QUE ASISTIRA HA PARTICIPAR EN LA

V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS

Yo GUILLERMO DE VIVANCO ROCA REY, Presidente de la Federación Peruana de Ciclismo, con L.E. 08802484 y CLAUDIO ZAGAL TRUCIOS, con L.E. 07852321 - nos COMPROMETEMOS a hacer retornar a la DELEGACION DE BICICROSS que estará participando en 1 V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS que se llevará a cabo los días 13, 14 y 15 de los corrientes, en el Plazo que se indique en el Oficio N° 00194-FPC-1990.

Para dar mayor veracidad a este compromiso, estampamos nuestras respectivas firmas.



Claudio Zagal Trucios
L.E. 07852321

Lima, 3 de Abril de 1990



Guillermo De Vivanco Roca Rey
L.E. 08802484

c.c. Archivos correlativos
anexo al Oficio 00194-FPC-90
zsju-1990

INSTITUTO PERUANO DEL DEPORTE
 Oficina Central de Administración - Unidad de Tesorería
TESORERIA

Cuenta Documental
 FOLIO No. 45
 EVARANTICINCO

apn 1394

APLICACION	INTIS
Semred	
Exámen Médico	
CEDE	
Autenticación	
Alquiler de Bares y Kioskos	
Alquiler de Losas	
Alquiler de Casetas	
Estacionamiento de vehiculos	
Publicidad	
Servicio de Luz	
Ingreso de Personas	
Derecho de Trámite (33)	165,000=-
Servicio de Télex y Teléfono	
Alquiler de Locales Deportivos	
Copias Xerox	
Ambulantes	
1% Donaciones	
Donaciones	
Devoluciones	
Ventas de libros y Follatos	
Otros Ingresos - Especificar	
TOTAL II.	165,000=-

RECIBO N° 0951 -90

He recibido de: *F. P.*
 de *Ciclismo.*

La suma de *Ciento Sesenti*
cinco mil

Intis _____

Para aplicar en los cuentas que se detallan.

Lima, *06* de _____ de 19 _____


[Signature]
 Sello y Firma del Tesorero

Observaciones:

.....

Lima, 4 de Abril de 1990

OFICIO # 00200-FPC-1990

Señor
Rodolfo Cremer Nicoli
Director Nacional de Deporte
de Afiliados del Instituto
Peruano del Deporte
PRESENTE

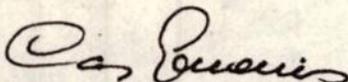
De nuestra consideración:

Adjunto a la presente le hacemos llegar la carta de fecha 3 de los corrientes, mediante la cual el Presidente de la Liga de Ciclismo de Bicicross nos hace llegar una solicitud para que se incluya en los trámites de Resolución al ciclista **CHRISTIAN MILLIGAN IGLESIAS**, para que viaje a participar en la "V" COPA PANAMERICANA DE CICLISMO, la misma que se llevará a cabo los días 13, 14 y 15 de los corrientes.

Esta solicitud de Resolución de viaje la hemos hecho con OFICIO # 00194-FPC-1990m de fecha 2/4/90.

Sin otro particular al respecto quedamos de Uds

Muy atentamente,


Carlos Encinas Ramirez
Secretario

Guillermo De Vivanco Roca Rey
Presidente

FPC/GDV/CE

zsju-1990
c.c. Archivos correlativos

Lima, 03 de Abril de 1990

Señor
Guillermo De Vivanco Roca Rey
Presidente de la Comisión Reorganizadora
de la Federación Peruana de Ciclismo
Presente.-

De nuestra consideración:

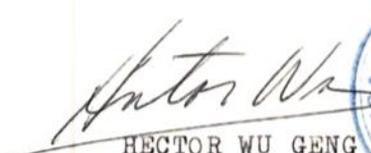
Lo saludamos muy atentamente, a la vez que le hacemos llegar el pedido de incluir en los trámites de RESOLUCION de la Delegación Peruana que nos representará en la V COPA PANAMERICANA DE BICICROSS, a realizarse en Quito-Ecuador, a nuestro deportista Christian MILLIGAN IGLESIAS, con domicilio en Bernini 400 San Isidro. Del mismo modo detallamos el presupuesto económico del viaje el cual correrá por cuenta del DEPORTISTA.

INFORME ECONOMICO

Pasaje aéreo Lima-Quito-Lima	\$ 235.00
03 días de Hospedaje, incluido Des. y Cena	60.00
07 Almuerzos	<u>35.00</u>
TOTAL \$	330.00

Sin otro particular y agradeciendo la atención prestada,

Atentamente,


HECTOR WU GENG

