



GOBIERNO REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD AREQUIPA

COGESTIÓN Y PARTICIPACIÓN CIUDADANA PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN



INSTRUCTIVO

ACTIVIDADES DE CIERRE DE GESTION DE LAS CLAS

AÑO 2017

INTRODUCCIÓN

COGESTION EN SALUD se define como las acciones que desarrolla la comunidad para el bienestar de la salud de la población en un territorio definido, esto implica que la comunidad tome parte en las deliberaciones y decisiones sobre cualquier problema de salud que afecta a la comunidad y sus determinantes, incluyendo también las decisiones sobre necesidades y prioridades, la asunción de las responsabilidades y obligaciones para la formulación de planes, adopción de medidas y la evaluación de resultados obtenidos.

LAS ASOCIACIONES CLAS (Comunidades Locales de Administración de Servicios de Salud), son Órganos de Cogestión constituidas como asociaciones civiles sin fines de lucro con personería jurídica que administran los establecimientos del Primer Nivel de Atención, aprobada por la ley N° 29124-2007 y su reglamento aprobado por el Decreto Supremo N° 017-2008-SA .La normatividad que las rige establece que anualmente deben presentar para su revisión y aprobación por la RED y GRSA, un **Informe Final del Cierre de Gestión** que incluye los aspectos contables y financieros, legales, recursos humanos y técnicos sanitarios de su actividad; dicho documento se constituye en un instrumento de evaluación anual; es en ese sentido que la Gerencia Regional de Salud como instancia rectora en salud a nivel del Gobierno Regional pone a disposición de los equipos de cogestión de las Redes de Salud y las Asociaciones CLAS este instructivo; las responsabilidades y roles de los niveles Regional, de las Redes de Salud, de los Consejos Directivos y Gerentes de las ACLAS están también señalados en la presente Guía.

I. OBJETIVOS. -

1. Evaluar y analizar la información correspondiente de los componentes legales, de conformación y de renovación de la Asamblea General y de su Consejo Directivo, de la gestión institucional, de los recursos humanos, de las actividades técnicasanitaria del componente financiero contable en las Asociaciones CLAS del ejercicio de sus funciones durante el año 2017.
2. Establecer las responsabilidades de la GERESA, Redes de Salud y las ACLAS para la aprobación del cierre de Gestión.

II. ALCANCE. -

El presente instructivo deberá ser implementado por:

NIVEL REGIONAL

- Gerente Regional de Salud.
- Coordinador de Cogestión de la GRSA
- Comité decogestión

NIVEL DE REDES DE SALUD

- Director de Red
- Coordinador de Cogestión de la Red
- Comité decogestión.

NIVEL LOCAL

- Gerente de las ACLAS - Jefe de Micro Red
- Consejos Directivos de las ACLAS.

- Asambleas Generales de las ACLAS.

III. BASE LEGAL. -

- **Decreto Legislativo N° 295**, que promulga el Código Civil.
- **Ley N° 28411**, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto.
- **Ley N° 30518**, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año fiscal 2017.
- **Ley N° 29622**, Ley Orgánica del Sistema Nacional de Control y de la Contraloría General de la República y amplía las facultades en el proceso para sancionar en materia de responsabilidad administrativa funcional.
- **Ley N° 27783**, Ley de Bases de la Descentralización.
- **Resolución Directoral N° 033-2016--EF/50.01**: Que aprueba los Clasificadores Presupuestarios para el Año Fiscal 2017:
 - Clasificador de Ingresos Anexo N° 01
 - Clasificador de Gastos Anexo N° 02
- **Ley N° 29124 y su Reglamento el D.S. 017-2008-SA**: Capítulo II artículo N° 13 inciso f)
- **Resolución Ejecutiva Regional N° 1093-2010-GRA/PR** que aprueba la **D.R. 010-2010-GRA/OPDI** "Lineamientos para la implementación de la Ley 29124 y su reglamento D.S. 017-2008-SA Ley de Cogestión y Participación Ciudadana, para el primer nivel de atención en los establecimientos de Salud en el Gobierno Regional de Arequipa".

IV. RESPONSABILIDADES.

DE LA CLAS. -

- 1) La ACLAS elaborará **el informe de Cierre de Gestión 2017**, el que debe ser rubricado bajo responsabilidad por el Presidente, Tesorero, Gerente y el Contador, de acuerdo a los formatos respectivos.
- 2) Lo presentará a la RED hasta el último día del mes de mayo del 2018 en versión impresa (3 Ejemplares) y en magnético (1 CD).
- 3) En caso hubiera observaciones de parte de la GERESA o RED, estas se levantarán en el plazo que se señale.

RESPONSABILIDADES DE LA RED. -

- 1) Los Cierres de Gestión serán revisados por la/el Coordinador de Cogestión y por los integrantes del Comité de Cogestión de la Red cuando así lo requiera y a solicitud del coordinador de cogestión.
- 2) La evaluación es integral, comprende información de los componentes legal, de conformación y de renovación de la Asamblea General y de su Consejo Directivo, de la gestión institucional, de los recursos humanos, de las actividades técnicas sanitarios y del componente financiero contable de acuerdo a los formatos y anexos que se establecen en el presente documento.
- 3) La RED emitirá la **OPINIÓN TÉCNICA** aprobando o desaprobando de acuerdo al formato que se establece en este documento. Los casos **Desaprobados** serán devueltos a la ACLAS para el levantamiento de las observaciones, en un plazo máximo de 15 días, para ser revisados nuevamente.
- 4) Todos los Cierres de Gestión que envíe la Red a la GERESA, deben ser aprobados.
- 5) La Red elevará a la GERESA los 3 ejemplares, de los cuales se devolverán 2 con la Opinión Técnica de la GERESA, quedándose uno en la Red y el otro será devuelto a la ACLAS.

B. COMPONENTE LEGAL ASOCIACIONES CLAS 2017 (Conformación, Adecuación y formalización de la ACLAS)

Creación de la CLAS según ley 29124	Antes	Después	
DOCUMENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Fotocopia del Acta de constitución de la CLAS de acuerdo a ley 29124			
2. Fotocopia de la Ficha registral de estatutos de acuerdo a la ley 29124			
3. Fotocopiade la Resolución de la Presidencia del Gobierno Regional aprobando la creación de la CLAS (para los casos de las CLAS creadas después de la ley 29124)			
4. Fotocopiade la Resolución Ministerial que aprueba los contratos de administración compartida con las CLAS (para los casos de las CLAS creadas antes de la ley 29124)			
5. Fotocopia de la Ficha registral de Consejo Directivo vigente			
6. Fotocopia ficha registral de inscripción del Gerente vigente			
7. Fotocopia Resolución del gobierno regional que aprueba el Convenio de Cogestión vigente.			
8. Fotocopia del libro de padrón de socios actualizada			
9. Fotocopia Resolución de Intendencia de la SUNAT que declare la procedencia de la inscripción de la CLAS en el registro de entidades exoneradas del Impuesto a la Renta vigente para el ejercicio fiscal			

ANEXAR A CONTINUACION TODA LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DEL CUADRO ANTERIOR PUNTO POR PUNTO.

RENOVACION DE MIEMBROS DE LA ASAMBLEA GENERAL Y CONSEJO DIRECTIVO 2017

ASAMBLEA GENERAL (REPRESENTANTES *)														CONSEJO DIRECTIVO		
N°	NOMBRE DE LOS INTEGRANTES DE LA CLAS	N° DNI	** FECHA INICIO	** FECHA TERMINO	GOBIERNO REGIONAL	GOBIERNO LOCAL	MICRORED	TRABAJADORES DE SALUD	ORG. SOCIALES DE BASE	AUTORIDADES COMUNITARIAS	OTRAS ORGANIZACIONES	AGENTES COMUNALES	COORDINADOR COMUNAL	** FECHA INICIO	** FECHA TERMINO	CARGO
1					X											
2						X										
3							X									
	CENTRO DE SALUD.....															
4								X								
5									X							
6										X						
7											X					
8												X				
9													X			
	PUESTO DE SALUD															
10								X								
11									X							
12										X						
13											X					
14												X				
15													X			

* Marcar con un (X) en casilleros de Representantes. Se llenará la información considerando establecimiento por establecimiento.

**La fecha de inicio y fin de funciones debe ser conforme a la fecha de la constitución de la CLAS para los que se crearon después de la ley 29124 y para las antiguas a partir de la fecha de la Asamblea en que adecuan los Estatutos A LA LEY 29124 y no a partir de la inscripción en Registros Públicos.

.....
PRESIDENTE

.....
GERENTE

	SI	NO	OBSERVACIONES
1.Fotocopia de la Resolución de la Gerencia Regional designado al Representante del Gobierno Regional			
2.Fotocopia de la Resolución de alcaldía designado al Representante del Gobierno Local			
3. Fotocopiade la Resoluciónjefatural de la Microreddesignando al Representante de la Micro Red.			
4. Fotocopia del acta del Comité de Gestión de la Microred donde se elige al representante de la Micorred ante el Consejo Directivo.			
5.Fotocopia de las Actas de Elección de los Representantes de los Trabajadores por establecimiento			
6.Fotocopia del acta la elección del representante de los trabajadores ante el Consejo Directivo			
7.Fotocopia de las Actas de elección de losrepresentantes las Organizaciones Sociales de base por establecimiento			
8.Fotocopia del acta la elección del representante de Organizaciones Sociales de base ante el Consejo Directivo			
9.Fotocopia de las Actas de elección de representantes de las Autoridades Comunitarias, por establecimiento			
10.Fotocopia del acta la elección del representante de las autoridades comunitarias ante el Consejo Directivo			
11.Fotocopia de las Actas de elección de los representantes de Otras Organizaciones sociales por establecimiento			
12.Fotocopia del acta la elección del representante de las otras organizaciones ante el Consejo Directivo			
13.Fotocopia Actas de elección de los representantes de los Agentes Comunales por establecimiento			
14.Fotocopia Acta de elección de los representantes de los Agentes Comunales ante el Consejo Directivo.			
16.Fotocopia de las Actas de elección de los Coordinadores Comunales por establecimiento			
17.Resolucion de designación del Gerente vigente para el año			

ANEXAR A CONTINUACION LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DEL CUADRO ANTERIOR PUNTO POR PUNTO

C.GESTIÓN DE LA ASOCIACIÓN CLAS 2017.

ACTIVIDADES	SI	NO	OBSEVACIONES
1. La Asamblea de la ACLAS ha realizado las cuatro asambleas trimestrales de acuerdo a norma? Fotocopias de la primera hoja de las actas			
2. El Consejo Directivo de la ACLAS ha realizado las reuniones mensuales de acuerdo a norma? Fotocopia de la primera hoja de las actas.			
3. ¿La ACLAS y la Comunidad participan en la identificación de necesidades y problemas, así como en el planteamiento de soluciones en la etapa 1 de planeamiento del PSL? Considerar lo señalado en el artículo 87° del reglamento de la ley 29124 inciso a y el artículo 88°). Informe de la reunión participativa, que vale para tres (03) años.			
4. ¿La Gerencia Regional de Salud de Arequipa ha aprobado el Plan de Salud Local? Fotocopia de documento de aprobación.			
5. ¿La Asamblea de la ACLAS participa en la Evaluación del primer semestre y en la evaluación anual del PSL del año correspondiente? fotocopia de actas			
6. ¿El Gerente y el Comité de Gestión de La Microred CLAS realizan la Evaluación de los cuatro trimestres del PSL? fotocopia de actas			
7. ¿La Asamblea de la ACLAS ha aprobado la Evaluación Técnica Anual? Fotocopia de actas			
8. ¿La CLAS hace rendición semestral y anual de la Gestión a la Comunidad? Fotocopia de actas			
9. ¿La CLAS coordina los aspectos sanitarios con las Organizaciones comunales? Fotocopia de actas u otros documentos que lo demuestren.			
10. ¿Se difunde y se socializa en la Comunidad la Ley de Cogestión y lo que es la CLAS? Fotocopia de Actas u otra documentación que lo demuestre.			
11. ¿La CLAS ha firmado convenios con terceros (ONGs, Municipios, Instituciones Públicas, Privadas, etc.)? Fotocopia de los convenios.			
12. ¿La CLAS ha realizado la evaluación anual del Gerente? Fotocopia de acta.			
13. ¿La CLAS-Microred ha recibido supervisiones de la GRSA/RED? Fotocopia de actas			
14. ¿La CLAS-microred ha realizado las dos supervisiones anuales a sus establecimientos? Fotocopias de las actas.			
15. ¿La CLAS-Microredha recibido capacitaciones de la GRSA/RED? Fotocopiade actas u otros du			
16. Reuniones de la CLAS con los trabajadores para rendición de cuentas (avance del PSL e informe económico principalmente). Mínimo una por semestre. Fotocopias de los documentos sustentatorios.			
17. ¿La ACLAS ha evaluado, renovado el convenio de cogestión de acuerdo a los artículos 76° y 77° del Reglamento de la Ley 29124?			

ADJUNTAR A CONTINUACION TODA LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DEL CUADRO ANTERIOR PUNTO POR PUNTO.

D. ASPECTOS TECNICO SANITARIOS DE LA ASOCIACION CLAS 2017.

INDICADORES DE LA EJECUCION DEL PSL

ACTIVIDADES DE SALUD	NORMADO	ALCANZADO	COMENTARIO BREVE (en el caso no haya alcanzado lo normado)
1.- Extensión de uso de la CLAS (cobertura de atendidos de población asignada)	80 %		
2. Porcentaje alcanzado en las atenciones del PSL	100 %		
3. Porcentaje alcanzado en las actividades preventivo promocionales	100 %		
3. Promedio porcentual alcanzado en los indicadores de cohorte PSL 2017.	100 %		
4. - Puntaje alcanzado en el área técnica asistencial de la evaluación Técnica Anual 2017.	54 %		

DOCUMENTO	SI	NO
Informe mensual de las actividades sanitarias comprendidas en el PSL. formato siguiente.		
Evaluación Técnica Anual de la CLAS. Original.		

ADJUNTAR A CONTINUACION TODA LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DEL CUADRO ANTERIOR LA QUE SERVIRA PARA TRABAJAR EL CUADRO DE INDICADORES DE LA EJECUCION DEL PSL.

N°	INFORMACION / INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	CRITERIO DE PROGRAMACION	META ANUAL	FUENTE DE VERIFICACION	AVANCE MENSUAL												TOTAL	%
15	N° PARTOS INSTITUCIONALES ATENDIDOS	PARTO ATD	100% PARTOS ESPERADOS		HIS														
16	N° PUÉRPERAS CONTROLADAS	PUERPERA CONTROLADA	100 % DE PARTOS		HIS														
17	PAREJA PROTEGIDA EN PLANIFICACION FAMILIAR	PAREAJA PROTEGIDA	51.9 % DE MEF Y 60.8 % DONDE NO HAY ESSALUD.		HIS														
18	N° DE MUJERES CON TAMIZAJE EN CANCER DE CUELLO UTERINO	MUJER TAMIZADA	25 % DE MUJERES DE 25 A 60 AÑOS CON TAMIZAJE CON PAP o IVAA		HIS														
19	ESTABLECIMIENTOS QUE REGISTRAN EN EL SIEN AL 100% DE NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS ATENDIDOS EN EL MES (PRIMERA ATENCION EN EL MES)	REGISTRO MENSUAL CON EL 100 % DE NIÑOS ATENDIDOS EN EL MES	1 REGISTRO MENSUAL	12	REPORTE SIEN														
20	ESTABLECIMIENTOS QUE REGISTRAN EN EL SIEN AL 100% DE GESTANTES ATENDIDAS EN EL MES (PRIMERA ATENCION EN EL MES)	REGISTRO MENSUAL CON EL 100 % DE GESTANTES TENDIDAS EN EL MES	1 REGISTRO MENSUAL	12	REPORTE SIEN														
21	N° DE SINTOMATICOS RESPIRATORIOS IDENTIFICADOS	SINT. RESP. IDENTIFICADO	5% DE ATENCIONES EN MAY. DE 15 AÑOS		HIS														
22	VALORACIÓN CLINICA DE FACTORES DE RIESGO DAÑOS NO TRANSMISIBLES HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES	TAMIZADO	10 % DE LOS ATENDIDOS MAYORES DE 12 AÑOS		HIS														

* LAS CELDAS OSCURAS NO CORRESPONDEN SER LLENADAS

NOTA: NO MODIFICAR NI ALTERAR EL FORMATO PARA FACILITAR LA CONSOLIDACION

F.- ASPECTOS FINANCIEROS CONTABLES Y LOGISTICOS DE LA ACLAS 2017.

DOCUMENTO	SI	NO	OBSERVACIONES
1. Declaración Jurada de las Transferencias del Sector Público por fuente de financiamiento, Recursos Ordinarios y Recursos Directamente Recaudados que recibió la CLAS durante el ejercicio fiscal. FORMATO1			
2. Recepción y Ejecución de Transferencias, Fuente de Financiamiento Recursos Ordinarios (Remuneraciones, Gratificaciones, Bienes y Servicios, Balance General y Racionamiento). FORMATO 2.			
3. Consolidado Recepción y Ejecución de Transferencias, Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados. FORMATO 3			
4. Recepción y Ejecución de Transferencias, Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados. - Recaudación de Ingresos Propios . FORMATO 4.			
5. Recepción y Ejecución de Transferencias, Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados Reembolso de Seguro Integral de Salud . FORMATO5.			
6. Recepción y Ejecución de Transferencias, Fuente de Financiamiento Recursos Directamente Recaudados. Fondo Rotatorio del SISMED . FORMATO 6.			
7. Informe Mensualizado de Plazas Vacantes 728 con recursos ordinarios. FORMATO 7.			
8. Informe del Personal Contratado por la CLAS por toda fuente. FORMATO 8.			
9. Reembolso Subsidios ESSLUJ ANUAL. ANEXO 1.			
10. Donaciones. ANEXO 2.			
11. Ingresos Extraordinarios. ANEXO 3.			
12. Otras Bonificaciones al Trabajador. ANEXO 4.			
13. Otros Descuentos al Trabajador. ANEXO 5.			
14. Otras Aportaciones del Empleador. ANEXO 6.			
15. Otros Bienes y Servicios. ANEXO 7.			
16. Ejecución de Saldos de Tesoro Público ANEXO 8.			
17. Documentos de propiedad de los inmuebles y terrenos de los establecimientos de salud conformantes de la CLAS, inscritos en Registros Públicos. FORMATO 9 y adjuntar Fotocopias.			
18. Constancia sobre entrega de Inventarios (Informe positivo de entrega del Inventario Anual de Existencias y Activo Fijo, adjuntando únicamente medio magnético). FORMATO 10.			
19. Estados Financieros del Ejercicio Fiscal 2017 (Balance General y Estado de Resultados, balance de comprobación, notas de los estados financieros, hoja de trabajo). FOTOCOPIA AUTENTICADA.			
20. Acta de Asamblea aprobando el Balance General Anual y Estados Financieros de la CLAS.FOTOCOPIA AUTENTICADA			
21. Resolución Directoral de creación de los establecimientos de salud de la jurisdicción de la CLAS.FOTOCOPIA AUTENTICADA			
22. Acta de Asamblea aprobando la Evaluación Técnica Regional. FOTOCOPIA AUTENTICADA			
23. Acta de Consejo Directivo aprobando el pago de incentivos laborales al personal de salud de la CLAS.FOTOCOPIA AUTENTICADA			
24. Acta de aprobación de los incentivos económicos y otros a los Gerentes de CLAS.FOTOCOPIA AUTENTICADA			
25. Acta de Asamblea aprobando la donación de bienes adquiridos en el Ejercicio 2017 a la Unidad Ejecutora y/o la Gerencia Regional de Salud, FOTOCOPIA AUTENTICADA			

ADJUNTAR A CONTINUACION TODA LA DOCUMENTACION SUSTENTATORIA DEL CUADRO ANTERIOR PUNTO POR PUNTO.

FORMATO 1

DECLARACION JURADA DE TRANSFERENCIAS RECIBIDAS 2017

GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE AREQUIPA RED DE SALUD CLAS MICRO RED

El / la Presidente Sr. (a) _____ con DNI N° _____ El Tesorero (a) Sr. (a) _____ con DNI N° _____ y el Gerente Sr. (a) _____

_____ con DNI N° _____ de la CLAS _____ respectiva mente, **DECLARAN BAJO JURAMENTO** haber recibido del Gobierno Regional de Arequipa, de la Gerencia Regional de Salud, de la Red de Salud _____ y de (especifique) _____, durante el Período del 01-01-2017 a l 31-12-2017, la suma de _____ con 00/100 Nuevos Soles, (S/. _____) como transferencias de fondos según se detalla en el presente cuadro, para la ejecución del PSL 2017, como parte del Convenio de Cogestión aprobado por Resolución Ejecutiva Regional N° _____.

MESES SEGÚN CALENDARIO	TRANSFERENCIAS A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO R. O.							TOTAL TRANSF. FTE. FTO. R.O.	TRANSFERENCIAS A LA FUENTE DE FINANCIAMIENTO R. D. R.					TOTAL TRANSF. FTE. FTO. R.D.R.	TOTAL GENERAL TRANSF. RECIBIDAS
	TRANSFERENCIAS DEL GRA		TOTAL TRANSF. G.R.A.	OTRAS TRANSFERENCIAS			TOTAL OTRAS TRANSF		RECAUDACION RDR	REEMBOLSOS SIS	DEMID		OTROS INGRESOS R.D.R.		
	REMUNERAC.	GRATIFICAC.		SUBSIDIOS EsSALUD	OTROS INGRESOS DONACIONES	OTROS INGRESOS (EXTRAORD)					COMISION VENTA 10% FARMACIA SIS	COMISION VENTA 10% FARMACIA			
ENERO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
FEBRERO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
MARZO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
ABRIL			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
MAYO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
JUNIO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
JULIO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
AGOSTO			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
SETIEMBRE			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
OCTUBRE			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
NOVIEMBRE			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
DICIEMBRE			0.00				0.00	0.00						0.00	0.00
TOTAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y VºBº DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

FORMATO N° 2

RECEPCION Y EJECUCION DE TRANSFERENCIAS FUENTE DE FINANCIAMIENTO RECURSOS ORDINARIOS AÑO 2017

GERENCIA REGIONAL DE SALUD EQUIPA RED DE SALUD.....CLAS..... MICRO RED.....

INGRESOS RECURSOS ORDINARIOS													
CONCEPTOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
SALDO MES ANTERIOR	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Remuneraciones													0.00
Gratificación													0.00
Reembolsos subsidios EsSalud (ANEXO N° 01)													0.00
Otros Ingresos: Donaciones (ANEXO N° 02)													0.00
Otros Ingresos: Extraordinarios (ANEXO N° 03)													0.00
TOTAL INGRESOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
GASTOS RECURSOS ORDINARIOS													
CONCEPTOS	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
Remuneraciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Profesionales de la Salud - Personal Contratado													0.00
No Profesionales de la Salud - Personal Contratado													0.00
Asignación Familiar													0.00
Otras bonificaciones (ANEXO N° 04)													0.00
Vacaciones													0.00
Gratificaciones	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Gratificación Fiestas Patrias (Julio)													0.00
Gratificación por Navidad (Diciembre)													0.00
Bonificación Especial													0.00
REMUNERACION BRUTA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Descuentos al trabajador	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Retenciones Judiciales													0.00
AFP Horizonte													0.00
AFP Integra													0.00
AFP Profuturo													0.00
AFP Prima													0.00
EsSalud Vida													0.00
Sistema de Pensiones ONP													0.00
Renta 5ta Categoría													0.00
Otros descuentos al trabajador (ANEXO N° 05)													0.00
REMUNERACION NETA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Aportaciones del Empleador	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
EsSalud													0.00
SCTR ONP													0.00
SCTR EsSalud													0.00
Seguro de Vida Ley													0.00
Compensación por tiempo de servicios													0.00
Liquidación de Benefic. Sociales													0.00
Otras aportaciones del empleador (ANEXO N° 06)													0.00
Bs. y Servicios (Sub Total)	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Cargas Financieras - Mantenimiento de Cuenta													0.00
Cargas Financieras - IIF													0.00
Cargas Financieras - Portes													0.00
Otros bienes y servicios (ANEXO N° 07)													0.00
Ejecución de Saldos	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Bienes													0.00
Servicios													0.00
Activos no Financieros (Bs. Capital)													0.00
TOTAL APORTACIONES Y OTROS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
TOTAL GASTO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SALDO ACTUAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

*Información consignada tiene como fuente las Declaraciones Juradas de rendición de cuentas de transferencias del Nivel Central conforme a los calendarios presupuestales recibidos

*Información debe ser validada por Presidente, Tesorero, Gerente y Contador

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y VºBº DE	
FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

PRESIDENTE CLAS	TESORERO CLAS	GERENTE CLAS	RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	CONTADOR CLAS	
-----------------	---------------	--------------	---------------------------	---------------	--

SERVICIOS		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.3.21.2.1	Pasajes y gastos de transporte													0.00
2.3.21.2.2	Viáticos y asignaciones por comisión de servicio													0.00
2.3.21.2.99	Otros gastos (movilidad local)													0.00
2.3.22.1.1	Servicio de suministro de energía eléctrica													0.00
2.3.22.1.2	Servicio de agua y desagüe													0.00
2.3.22.2.1	Servicio de telefonía móvil													0.00
2.3.22.2.2	Servicio de telefonía fija													0.00
2.3.22.2.3	Servicio de Internet													0.00
2.3.22.3.1	Correos y servicios de mensajería													0.00
2.3.22.4.4	Servicio de impresiones, encuadernación y empastado													0.00
2.3.24.1.1	Serv. de manten, acondic y reparación de edificaciones, oficinas y estructuras													0.00
2.3.24.1.3	Serv. de manten, acondic y reparación de vehículos													0.00
2.3.24.1.4	Serv. de manten, acondic y reparación de mobiliario y similares													0.00
2.3.24.1.5	Serv. de manten, acondic y reparación de maquinarias y equipos													0.00
2.3.24.1.99	Serv. de manten, acondic y reparación de otros bienes y activos													0.00
2.3.26.1.1	Gastos legales y judiciales													0.00
2.3.26.1.2	Gastos notariales													0.00
2.3.26.2.1	Cargos bancarios													0.00
2.3.26.2.99	Otros servicios financieros													0.00
2.3.26.3.3	Seguro obligatorio accidentes de tránsito (SOAT)													0.00
2.3.27.3.1	Serv. de capac. y perfeccionamiento realizado por personas jurídicas													0.00
2.3.27.3.2	Serv. de capac. y perfeccionamiento realizado por personas naturales													0.00
2.3.27.4.2	Serv. de procesamiento de datos (Digitación)													0.00
2.3.27.11.2	Serv. de transporte y traslado de carga, bienes y materiales													0.00
2.3.27.11.99.1	Servicios como técnicos administrativos													0.00
2.3.27.11.99.2	Servicio como profesionales de la salud													0.00
2.3.27.11.99.3	Servicio como técnicos y auxiliares asistenciales													0.00
2.3.27.11.99.4	Servicios diversos													0.00
ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
2.6.22.3.2	Adq. de activos no financieros costo de construcción por contrata (instalaciones medicas)													0.00
2.6.22.3.5	Adq. de activos no financieros costo de construcción por administración directa - servicios (instalaciones medicas)													0.00
2.6.32.1.1	Adq. de activos no financieros máquinas y equipos para oficina													0.00
2.6.32.1.2	Adq. de activos no financieros mobiliario para oficina													0.00
2.6.32.3.1	Adq. de activos no financieros equipos computacionales y periféricos													0.00
2.6.32.3.2	Adq. de activos no financieros equipos de comunicaciones para redes informáticas													0.00
2.6.32.3.3	Adq. de activos no financieros equipos de telecomunicaciones													0.00
2.6.32.4.1	Adq. de activos no financieros mobiliario medico.													0.00
2.6.32.4.2	Adq. De activos no financieros equipos médicos													0.00
TOTAL GASTOS		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
SALDO ACTUAL		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y VºBº DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

FORMATO N° 7.
INFORME MENSUALIZADO DE PLAZAS VACANTE EN LAS CLAS AÑO 2017
(EXPRESADO EN NUEVOS SOLES)

GERENCIA REGIONALDESALUDAREQUIPA RED DE SALUD.....CLAS..... MICRO RED.....

PLAZAS VACANTES

PLAZAS	Hrs.	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
(*)MEDICOS	10													0.0
	8													0.0
	6													0.0
(*)NO MEDICOS	10													0.0
	8													0.0
	6													0.0
(*)TECNICOS	10													0.0
	8													0.0
	6													0.0
TOTAL		0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

ASIGNACIÓN FAMILIAR

ASIGNACIÓN	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SETIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE	TOTAL
(**) Carga Familiar													0.0
TOTAL	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

FUENTE DE INFORMACION: Libro Planillas

(*) Número de plazas no cubiertas en el mes.

(**) Número de personal sin carga de familia

AUTORIZADO POR		HECHO POR			REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

ANEXO N° 1 REEMBOLSO SUBSIDIOS ESSALUD

N°	Período declarado	Fecha Reembolso	Personal subsidiado	Fecha de canso subsidiado	N° Resolución EsSalud	DNI	Monto S/.
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
TOTAL ANEXO N° 01							0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

ANEXO N° 2 DONACIONES

N°	Período declarado	Fecha	Persona Natural o Jurídica que otorga la donación	Documento Sustentatorio	RUC/DNI	Monto S/.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
TOTAL ANEXO N° 02						0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

ANEXO N° 03 INGRESOS EXTRAORDINARIOS

N°	Período declarado	Fecha	Concepto de Ingreso Extraordinario	Monto S/.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL ANEXO N° 03				0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR		REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD	

ANEXO N° 04 OTRAS BONIFICACIONES AL TRABAJADOR

N °	Período declarado	Fecha	Concepto de Otras Bonificaciones al Trabajador	Monto S/.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL ANEXO N° 04				0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR	REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

ANEXO N° 05 OTROS DESCUENTOS AL TRABAJADOR

N °	Período declarado	Fecha	Concepto Descuentos al Trabajador	Monto S/.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL ANEXO N° 05				0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR	REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

ANEXO N° 06 OTRAS APORTACIONES DEL EMPLEADOR

N °	Período declarado	Fecha	Concepto de otras aportaciones del Empleador	Monto S/.
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
TOTAL ANEXO N° 06				0.00

AUTORIZADO POR			HECHO POR	REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

ANEXO N° 07 OTROS BIENES Y SERVICIOS

N°	Período declarado	Fecha	Concepto de bien y/o servicio	Documento Sustentatorio	Monto S/.
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
TOTAL ANEXO N° 07					0.00

AUTORIZADO POR		HECHO POR		REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

ANEXO N° 08 EJECUCION DE SALDOS DE TESORO PÚBLICO

N°	Período declarado	Fecha de ejecución	Concepto de bien y/o servicio adquirido	Proveedor	Documento Sustentatorio	Monto ejecutado S/.
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
TOTAL ANEXO N° 08						0.00

AUTORIZADO POR		HECHO POR		REVISADO y V°B° DE	
FIRMA Y SELLO PRESIDENTE CLAS	FIRMA Y SELLO TESORERO CLAS	FIRMA Y SELLO GERENTE CLAS	FIRMA Y SELLO RESPONSABLE ECONOMIA CLAS	FIRMA Y SELLO CONTADOR CLAS	FIRMA Y SELLO RED DE SALUD

ANEXO N° 09 DOCUMENTOS DE PROPIEDAD DE LOS INMUEBLES Y TERRENOS DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD CONFORMANTES DE LA CLAS

N°	Establecimiento	Dirección	N° Partida Registral	N° Ficha Registral	Observaciones
1					(Si fuera el caso indicar si el saneamiento está en proceso)
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

FORMATO N°10

CONSTANCIA SOBRE ENTREGA DE INVENTARIOS

VISTO,

El Informe positivo de entrega del Inventario Anual de Existencias y Activo Fijo de la CLAS
....., así como el Acta de Asamblea General aprobando la Donación de Bienes
adquiridos en el ejercicio 2017 a la Unidad Ejecutora y/o la Gerencia Regional de Salud; y habiéndose cumplido con
los procedimientos y trámites solicitados por la Unidad de Logística del Área de Administración de la Unidad Ejecutora
correspondiente (cuyos detalles/documentos informados y/o adjuntos, estarán sujetos a posterior verificación); se
procede a dar conformidad mediante el presente documento firmado al cual se debe adjuntar copia fedateada del
Acta de Donación y el Inventario en medio magnético.

DIRECTOR DE ADMINISTRACION
RED DE SALUD

GERENTE/JEFE
CLAS/MICRO RED

Responsable de Logística
RED DE SALUD

Responsable de Logística
CLAS/Micro Red de Salud

Responsable de Patrimonio
RED DE SALUD

G. OPINIONES TÉCNICAS.

OPINIÓN TÉCNICA DE LA RED DE SALUD.....

VISTA,

La documentación presentada por la ACLAS y efectuado el monitoreo y evaluación de: cumplimiento del PSL 2017 y del Balance General 2017; así como la entrega de la documentación legal actualizada a la fecha habiéndose cumplido con el llenado y/o descripción de todos los temas del presente documento (cuyos detalles informados y documentos adjuntos, estarán sujetos a posterior verificación); la Dirección de la Red de Salud
APRUEBA () / DESAPRUEBA () **EL CIERRE DE GESTION CORRESPONDIENTE AL AÑO 2017** de la ACLAS conforme a la Ley Nro. 29124, su Reglamento D.S. Nro. 017-2008-SA y la D.R. 010-2010-GRA/OPDI.

DIRECTOR EJECUTIVO
RED DE SALUD

DIRECTOR OPPDI
RED DE SALUD

COORDINADOR/A DE COGESTION
RED DE SALUD

OPINIÓN TÉCNICA DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD.

VISTA,

La documentación presentada por la ACLAS y efectuado el monitoreo y evaluación de: cumplimiento del PSL 2017 y del Balance General 2017; así como la entrega de la documentación legal actualizada a la fecha, y habiéndose cumplido con el llenado y/o descripción de todos los temas del presente informe (cuyos detalles informados y documentos adjuntos, estarán sujetos a posterior verificación); la Gerencia Regional de Salud Arequipa, APRUEBA () / DESAPRUEBA () **EL CIERRE DE GESTIÓN CORRESPONDIENTE AL AÑO 2017** de la ACLAS conforme a la Ley Nro. 29124, su Reglamento D.S. Nro. 017-2008-SA y la D.R. 010-2010-GRA/OPDI.

GERENTE REGIONAL
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

DIRECTOR DE APOYO TECNICO.
GERENCIA REGIONAL DE SALUD

COORDINADOR COGESTIÓN
GERENCIA REGIONAL DE SALUD