

T	O
---	---

DECLARACION JURADA DE ORDENES



EXCLUSIVIDAD	
TACHE LO QUE NO CORRESPONDA	
SI	NO
1	0

IDENTIFICACION	MES DECL.	ACTIVIDAD	
N° FICHA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	INIC. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	MES/AÑO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	P <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		COD. ACT. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

PARA USO DEL TECNICO

Solicitamos su especial colaboración en el llenado de los datos

NOMBRE FICHA

ESPECIALIDAD (ACTIVIDAD) Mes de 200

FECHAS OBLIGATORIAS DE DECLARACION

Fichas 1700 al 9000 Penúltimo día hábil de cada mes
Fichas 9001 al final Último día hábil de cada mes

IMPORTANTE: Recuerde que si desempeña más de una actividad en la Institución, las mismas deberá declararlas en formularios separados que le serán entregados en cada oportunidad, utilizando el que corresponda a cada una de ellas.

ACTOS TECNICOS	CANTIDAD	CODIGO
CONSULTORIO		01
DOMICILIO		02
DOMICILIO FUERA DE ZONA FORZOSO		04

OTROS ACTOS	CANTIDAD	CODIGO

OBSERVACIONES

.....

.....

.....
FIRMA

FORM. 195/7 - IMP. CASMU

SR. TECNICO:
Solicitamos su especial colaboración en el llenado de este formulario, el que constituye una Declaración Jurada, y por lo tanto sometida a las sanciones dispuestas por el Artículo 347 del Código Penal.
Como Ud. verá en los casos de Ordenes a Consultorio y Domicilio sólo será necesario que en el espacio destinado a esos efectos escriba frente a ellos la cantidad con números claramente legibles.
En el espacio destinado a Otros Actos Médicos tendrá que escribir igualmente en forma legible el nombre del Acto y la cantidad de los mismos. En este caso debe dejar libre el espacio correspondiente al Código, el cual será llenado por el Servicio de Liquidaciones.
Deberá ajustarse a las fechas de Declaración que le ha correspondido de acuerdo a su Número de Ficha, de no hacerlo no solo verá postergado el cobro de sus haberes, sino dificultará el funcionamiento del sistema para el resto del Cuerpo Médico de la Institución.

CONSTANCIA DE ENTREGA DECLARACION JURADA DE ORDENES

FECHA RECIBIDA		
DÍA	MES	AÑO

IDENTIFICACION	MES DECL.	ACTIVIDAD	
N° FICHA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	INIC. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	MES/AÑO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	P <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
		COD. ACT. <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	

FORM. 195/7 - IMP. CASMU

RECIBIDA POR _____ FICHA _____