

13 MAR 2026

rm O&M 1

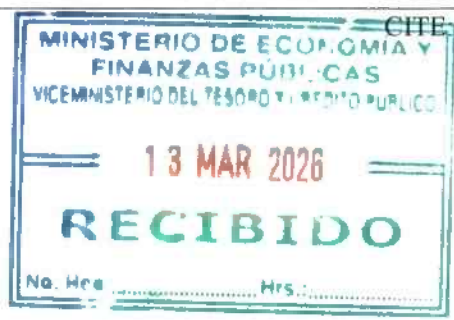
CAJA NACIONAL DE SALUD

ADMINISTRACIÓN DISTRITAL UYUNI (BOLIVIA) - FONONO 6932074 CABLES TELEGRAMAS " CASEGURAL "

SECCION TESORERIA

CITE: T/12 /051/2026

UYUNI
Marzo 12 de 2026



Señor,

Lic. Christian Andres Morales Burgos
VICEMINISTERIO DEL TESORO Y CREDITO PUBLICO
MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS

La Paz.-

**Ref. : DEPOSITO B.C.B. POR INCAPACIDAD TEMPORAL-CAJA NACIONAL
SALUD DISTRITAL UYUNI .-/**

De nuestra mayor consideración:

Elevamos a conocimiento de su Autoridad que se ha realizado como corresponde el depósito en el Banco Central de Bolivia por concepto de incapacidad temporal a favor del Ministerio de Economía y Finanzas Publicas, afectando a la CUT y la Libreta N° 00099021001 TGN-RECURSOS ORDINARIOS (3987), de acuerdo al siguiente detalle:

N° C.P. VALIDADO	N° MOVIMIENTO	N° CHEQUE	IMPORTE Bs.	DETALLE
P0165	2372222	0013651	15.448,01	SUBSIDIO INCAPACIDAD TEMPORAL ENFERMEDAD, COMUN Y MATERNIDAD FEBRERO/2026, INSTITUCION PÚBLICA DISTRITAL UYUNI.

Sin otro particular, aprovechamos de la oportunidad para expresarle nuestras consideraciones más distinguidas

Atentamente,

J. Ricardo Luján Huancá
JEFE DE CAJA a.i.
Caja Nacional de Salud Uyuni

Dr. Cesar Garcia Carvajal
AGENTE DISTRITAL a.i.
C.N.S. - "Uyuni"

62566741

Entidad Ejecutora : UYU ADMINISTRACION DISTRITAL UYUNI
Modo de Trans. : 05 Pago Cod. Trans. Resp. :
Moneda : BSS BOLIVIANOS

Numero de Comprobante : 000319
Fecha del Comprobante : 23/02/2026
Documento Respaldo : P0165




CODIGO	PART.	CODIGO	CHEQUE	DESCRIPCION DE LAS CUENTAS	D/	PARCIALES	D E B E	H A B E R
RESUP.	PRESUP.	CONTABLE	NRO.		H			
8120012				TRANSFERENCIAS MIN. SALUD - DISTRITAL UY				
	960			Otras Perdidas y Devoluciones				
	962	2121000		Devoluciones	D	15,448.01		
		2120000		DOCUMENTOS Y EFECTOS A PAGAR A C. P.				
		2121000		Documentos a Pagar Comerciales C.P	D		15,448.01	
		MEFP202		MINISTERIO DE ECONOMIA Y FINANZAS PUBLICAS		15,448.01		
		1111000		CAJA Y BANCOS				
		1111200		Ctas.Ctes. en Bancos (104)	H			15,448.01
		BAUN001		BDO.UNION S.A.(CTA.EGRESOS)	H	15,448.01		
			40013651	** BANCO CENTRAL BOLIVI		15,448.01		
							15,448.01	15,448.01

Beneficiario : P0165 PAGO MIN.DE ECONOMIA Y FINAN.

Descripcion Transaccion : N/PAGO AL BANCO CENTRAL DE BOLIVIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL POR MATERNIDAD Y ENFERMEDAD COMUNI S/G. NEMO A/12/094-095/2026 CERT.PPTO. 09919-130/131-2026 00064 ADJUNTO ANTECEDENTES PARA REVISION.- SON:QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO 01/100 BOLIVIANOS.-

Fuente de Financiamiento : 20 Recursos Especificos
Organismo Financiador : 230 Otros Recursos Especificos

Comprobante Devenido 000308

VERIFICADO
APROBADO
APROBADO
APROBADO

ESTAMPADO: ADMINISTRACION DISTRITAL UYUNI
 ESTAMPADO: CAJA NACIONAL DE SALUD



ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Nro. Mov : 2372222
BANCO CENTRAL DE BOLIVIA
Página 1 de 1
COMPROBANTE DE TESORERIA 2/2026 9:15:57

DEPÓSITO DE CHEQUES AJENOS EN MONEDA NACIONAL

SITIO: CAJA FRACCIONADA 10

COPIA BANCO CENTRAL DE BOLIVIA


LA PAZ, JUEVES 26 DE FEBRERO DE 2026

000012

CUENTA DESTINO DEL DEPÓSITO	CONCEPTO
Nro. Libreta TGN: 00099021001 TGN-RECURSOS ORDINARIOS (3987)	INCAPACIDAD
CÓDIGO : CUT	
TÍTULO : CUENTA UNICA DEL TESORO	

PROCEDENCIA		CHEQUE			
BANCO	CUENTA	SERIE	NUMERO	FECHA	IMPORTE EN BS
BANCO UNION S.A.			13651	23-02-2026	15.448,01
TOTAL					15.448,01

MON : QUINCE MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO 01/100 BOLIVIANOS

CAJA NACIONAL DE SALUD	REAS TUSCO FELY MARISOL BANCO CENTRAL DE BOLIVIA EFFECTUADO 26 FEB. 2026 SELLO Y FIRMA DE CAJERO CAJA FIG 10
 FIRMA DEL DEPOSITANTE	BS

En Tránsito a Cámara de Compensación para verificación de saldos

Handwritten mark



CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA
MOMENTO PREVENTIVO - PROCEDENTE
009919-000130-2026

Dirección Administrativa: **ADMINISTRACION REGIONAL POTOSI**
Actividad: **ADMINISTRACION DISTRITAL UYUNI**
Cita: **A/12/049/2026** Fecha: **19 de Febrero 2026**

Unidad Ejecutora: **AGENCIA DISTRITAL UYUNI**
SubActividad: **ADMINISTRACION DISTRITAL**
Referencia: **DEVOLUCIONES**

N	D.A.	U.E.	PROG	PROY	ACT	POA	PARTIDA	CANTIDAD	FORMA MANEJO	CONCEPTO	P. UNITARIO	TOTAL CERTIFICADO	SALDO
1	0012	0023	98	000	0012	0	96200	1,00	GLOBAL	CERTIFICACION PRESUPUESTARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL (MATERNIDAD) DE MAGISTERIO Y TRIBUNAL DEPARTAMENTAL DE JUSTICIA, ADJUNTO DOCUMENTACION	14,629.40	14,629.40	700,792.37
TOTAL											14,629.40		

Glosa: **PRESUPUESTO APROBADO CON LEY N° 1705 LEY DE FECHA 31 DE DICIEMBRE DE 2025**

Herberto T. Condon Vilca
ENC. PRESUPUESTOS
C.N.S. - UYUNI

[Empty box]

[Empty box]

10
AGENCIA DISTRITAL DE SALUD



CAJA NACIONAL DE SALUD

ADMINISTRACION DISTRICTAL UYUNI (BOLIVIA) - FONOS: 693-2074 - FAX: 693-2147 CABLES Y TELEGRAMAS "CASEGURAL"

FORM. A/02/VI - 1

000010

REPARTICION: ADMINISTRACIÓN DISTRITAL
(Secretaría General CNS)

CITE: A/12/049/2026

Uyuni,
19 de febrero de 2026

Señor:
Heriberto Condori Villca
ENCARGADO DE PRESUPUESTOS C.N.S.
Presente.-

REF.: SOLICITUD CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA.-

En atención a nota según cite H/12/010/2026, emitido de la sección de Afiliaciones Distrital Uyuni, pago de reembolso Incapacidad Temporal por (MATERNIDAD) de la Pcte. Gómez Alvares Lisset, con numero de Mat. 94-6208-GAL dependiente del **TRIBUNAL DEPARTAMENTAL DE POTOSI**, Pcte. Flores Quispe Katherin Violeta con matricula de Aseg. N° 94-6112-FQK, Dependiente de la **DIRECCIÓN DISTRITAL DE EDUCACIÓN**, con numero patronal 12-920-0010, Sírvase realizar la **CERTIFICACION PRESUPUESTARIA** por la suma Total de Bs. 14.629.40 (CATORCE MIL, SEISCIENTOS VEININUEVE 40/100 BOLIVIANOS.-)

Con este motivo, saludo a usted atentamente.


Cr. Gral. José Antonio Tapia Rivas
AGENTE DISTRITAL a.i. C.N.S.



c.c.: Comp.de Pago
c.c.: Enc' Presup.
c.c.: Cron.Stría.CNS.
mcov.-.



CAJA NACIONAL DE SALUD

ADMINISTRACION DISTRITAL "UYUNI" - TELEF. 693-2074 - 693-2147

REPARTICION: AFILIACION DISTRITAL

CITE: H/12/010/2026

Uyuni,
05 de Febrero de 2026



Señor:
Cr. Gral. Jose A. Tapia Rivas
AGENTEDISTRITAL a.i.
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-

Ref.: ENVIO DE RESUMENES DE CALIFICACION DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL - MATERNIDAD/ -

Mediante Cite DDE-UYU-ENE-2026-01 de la Dirección Distrital de Educación - Uyuni Cite S/Nº del Tribunal Dptal. de Justicia de Potosí, se remite la calificación descrita en el "Resumen de Planilla de Subsidios por Incapacidad Temporal", en la que establece el monto para proceder al Reembolso, determinado una vez revisado por los responsables que suscriben cada uno de ellos, conforme a la solicitud presentada por las Instituciones Publicas.

**RESUMEN DE CERTIFICADOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL
(PERIODO DE CALIFICACIONES)**

Nº	REG	SOLICITUD DE EMPLEADOR		MES	RAZON SOCIAL	IMPORTE CALIFICADO
		CITE	FECHA RECEP.			
1	UYUNI	DDE-UYU-ENE-2026-01	30/01/2026	ENE/26	DIRECCION DISTRITAL DE EDUCACION UYUNI	6.832,70
2	UYUNI	CITE S/Nº	30/01/2026	Ene/26	TRIBUNAL DPTAL DE JUSTICIA DE POTOSI	7.796,70
T O T A L						14.629,40

La calificación y certificación realizada correspondiente al mes de Enero/2026 de la Distrital de Uyuni asciende a la suma de Bs. 14.629,40 (CATORCE MIL SEISCIENTOS VEINTINUEVE 40/100), adjunto se detalla cuadro por Tipo de Riesgo.

Por lo que se remite a su Autoridad en cumplimiento al Manual de Procesos y Procedimientos de Reembolso de Subsidios por Incapacidad Temporal, y se remita al Depto. de Planificación para la Certificación POA y Asignación Presupuestaria.

Atentamente,



Isabel Ariaga Moruno
Isabel Ariaga Moruno
ENCARGADA INC. TEMPORAL

Adjto.: Fojas 42
c.c. Arch. Stria.
cc Afil. Dist
ami.-



CAJA NACIONAL DE SALUD

PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO EXPRESADO EN BOLIVIANOS

DIRECCION DISTRITAL DE EDUCACION

Nro. Patronal: 12-920-00010

NIT: 0

Correspondiente al Mes de Diciembre

Nº	Matrícula del Asegurado	Paterno	Materno	Nombres	Motivo	Fecha de Baja	Fecha de Alta	Haber Mensual Promedio	Días de Incapacidad	Líquido Pagable	Estado	Observaciones
1	19946127FQK	FLORES	QUISPE	KATHERIN VIOLETA	MATERNIDAD	26/09/2025	04/12/2025	3,253.50	70	6,832.70	Calificado	MATERNIDAD, APLICACION DEL P. ART. 10, INC) DESCANSO PEDAGOGICO
TOTAL								3,253.50	70	6,832.70	2 de Febrero de 2026	

RESUMEN

Maternidad

6,832.70

TOTAL GENERAL

6,832.70

ALIAGA MORUNO ISABEL



Isabel Aliaga Moruno
ENCARGADA
INCAPACIDAD TEMPORAL
C.N.S. - UYUNI

Gral. José A. Torres Rojas
AGENTE ESPECIAL A.I. CNS
CAJA NACIONAL DE SALUD





CAJA NACIONAL DE SALUD

PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO EXPRESADO EN BOLIVIANOS

TRIBUNAL DEPARTAMENTAL DE JUSTICIA DE POTOSI

Nro. Patronal: 12-911-00099

NIT: 190754021

Correspondiente al Mes de Diciembre de 2025

N°	Matrícula del Asegurado	Paterno	Materno	Nombres	Motivo	Fecha de Baja	Fecha de Alta	Haber Mensual Promedio	Días de Incapacidad	Líquido Pagable	Estado	Observaciones
1	19946208GAL	GOMEZ	ALVAREZ	LISSET	MATERNIDAD	03/10/2025	31/12/2025	2.887.50	90	7.796.70	Calificado	MATERNIDAD
TOTAL								2.887.50	90	7.796.70	2 de Febrero de 2026	

RESUMEN

Maternidad	7,796.70
TOTAL GENERAL	7,796.70

ALIAGA MORUNO ISABEL



Isabel Aliaga Moruno
Isabel Aliaga Moruno
 ENCARGADA
 INCAPACIDAD TEMPORAL
 C.N.S. - UYUNI

Grat. José A. Tapia
Grat. José A. Tapia
 AGENTE GENERAL DE CRS
 CAJA NACIONAL DE SALUD





CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA
MOMENTO PREVENTIVO - PROCEDENTE
009948-000131-2026


Dirección Administrativa: **ADMINISTRACION REGIONAL POTOSI**
Actividad: **ADMINISTRACION DISTRITAL UYUNI**
Cite: **A/12/051/2026** Fecha: **19 de Febrero 2026**

Unidad Ejecutora: **AGENCIA DISTRITAL UYUNI**
SubActividad: **ADMINISTRACION DISTRITAL**

Referencia: **DEVOLUCIONES**

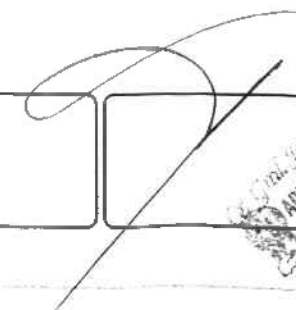
N	D.A.	U.E.	PROG	PROY	ACT	POA	PARTIDA	CANTIDAD	FORMA MANEJO	CONCEPTO	P. UNITARIO	TOTAL CERTIFICADO	SALDO
1	0012	0023	98	000	0012	0	96200	1.00	GLOBAL	CERTIFICACION PRESUPUESTARIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL (ENFERMEDAD) DE HOSPITAL GENERAL JOSE EDUARDO PEREZ	818.61	818.61	699,973.76
TOTAL												818.61	

Glosa: **PRESUPUESTO APROBADO CON LEY N° 1705
LEY DE FECHA 31 DE DICIEMBRE DE 2025**


Herberto T. Condori Vilca
ENC. PRESUPUESTOS
CNS - UYUNI

[Empty box]

[Empty box]


JOSÉ Z. CONDORI VILCA
AGENTE DISTRITAL UYUNI
CAJA NACIONAL DE SALUD

**CAJA NACIONAL DE SALUD**

ADMINISTRACION DISTRITAL UYUNI (BOLIVIA) FONDO: 693-2074 - FAX: 693-2147 CABLES Y TELEGRAMAS "CASEGURAL"

000004

REPARTICION: ADMINISTRACIÓN DISTRITAL
(Secretaría General CNS)**CITE: A/12/051/2026****Uyuni,**
19 de febrero de 2026**Señor:**
Heriberto Tito Condori Vilca
ENCARGADO DE PRESUPUESTOS C.N.S.
Presente.-**REF.: SOLICITUD CERTIFICACIÓN PRESUPUESTARIA.-**

En atención a nota según cite H/12/009/2026, emitido de la sección de Afiliaciones Distrital Uyuni, **PAGO DE REEMBOLSO INCAPACIDAD TEMPORAL POR (ENFERMEDAD COMUN)**, Pcte. Torrejón Muños Yesenia con Mat. de Aseg. 95-6025-TMY, DEPENDIENTE DE HOSPITAL GENERAL JOSE EDUARDO PEREZ, Con numero patronal 12-911-0111, Sírvase realizar la **CERTIFICACION PRESUPUESTARIA** por la suma total de Bs. **818.61 (SEISCIENTOS DIECIOCHO 61/100 BOLIVIANOS.-)**

Con este motivo, saludo a usted atentamente.



Cr. Gral. José Antonio Tapia Rivas
AGENTE DISTRITAL a.i. C.N.S.



c.c.: Comp.de Pago
c.c.: Enc' Presup.
c.c.: Cron.Stría.CNS.
mcov.-.



CAJA NACIONAL DE SALUD

ADMINISTRACION DISTRITAL "UYUNI" - TELEF. 693-2074 - 693-2147

REPARTICION: AFILIACION DISTRITAL

CITE: H/12/009/2026

Uyuni,
05 de Febrero de 2026



Señor:
Cr. Gral. Jose A. Tapia Rivas
AGENTE DISTRITAL a.i.
CAJA NACIONAL DE SALUD
Presente.-

Ref.: ENVIO DE RESUMENES DE CALIFICACION DE SUBSIDIOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL-ENFERMEDAD/.

Mediante Cite N° CRSSU N° 00/26 del Hospital General Jose Eduardo Perez, se remite la calificación descrita en el "Resumen de Planilla de Subsidios por Incapacidad Temporal", en la que establece el monto para proceder al Reembolso, determinado una vez revisado por los responsables que suscriben cada uno de ellos, conforme a la solicitud presentada por las Instituciones Publicas.

RESUMEN DE CERTIFICADOS POR INCAPACIDAD TEMPORAL (PERIODO DE CALIFICACIONES)

		SOLICITUD DE EMPLEADOR				
N°	REG	CITE	FECHA RECEP.	MES	RAZON SOCIAL	IMPORTE CALIFICADO
1	UYUNI	CRSSU N° 007/26	26/01/2026	Ene/26	HOSPITAL GENERAL JOSE EDUARDO PEREZ	818.61
T O T A L						818,61

La calificación y certificación realizada correspondiente al mes de Enero/2026 de la Distrital de Uyuni asciende a la suma de Bs. 818,61 (OCHOCIENTOS DIECIOCHO 61/100), adjunto se detalla cuadro por Tipo de Riesgo.

Por lo que se remite a su Autoridad en cumplimiento al Manual de Procesos y Procedimientos de Reembolso de Subsidios por Incapacidad Temporal, y se remita al Depto. de Planificación para la Certificación POA y Asignación Presupuestaria.

Atentamente,



Sabel Arfaga Moruno
ENCARGADA INC. TEMPORAL

Adjto.: Fojas 19
c.c. Arch. Stria.
cc Afil. Dist.
ami.-



CAJA NACIONAL DE SALUD

PLANILLA DE INCAPACIDAD TEMPORAL DEL ASEGURADO EXPRESADO EN BOLIVIANOS

HOSPITAL GENERAL JOSE EDUARDO PEREZ

Nro. Patronal: 12-911-00111

NIT: 1200021

Correspondiente al Mes de Diciembre

N°	Matricula del Asegurado	Paterno	Materno	Nombres	Motivo	Fecha de Baja	Fecha de Alta	Haber Mensual Promedio	Días de Incapacidad	Líquido Pagable	Estado	Observaciones
1	19956025TMY	TORREJON	MUÑOZ	YESEMIA	ENF. COMUN	28/11/2025	03/12/2025	10,915.00	3	818.61	Calificado	ENFERMEDAD
TOTAL								10,915.00	3	818.61		2 de Febrero de 2026

RESUMEN

Enfermedad Común
TOTAL GENERAL

818.61
818.61

NO CALIFICADO (1)

N°	Matricula del Asegurado	Paterno	Materno	Nombres	Motivo	Fecha de Baja	Fecha de Alta	Haber Mensual Promedio	Días de Incapacidad	Líquido Pagable	Estado	Observaciones
1	19835506ATN	AYAVIRI	TICONA	NINOSKA NELLY	ENF. COMUN	16/11/2025	19/11/2025	9,624.60	1	240.62	No Calificado	EN APLICACION DEL R.I.T., INCUMPLIMIENTO AL ART. 13
TOTAL								9,624.60	1	240.62		2 de Febrero de 2026

RESUMEN NO CALIFICADOS

Enfermedad Común
TOTAL GENERAL

240.62
240.62

ALIAGA MORUNO ISABEL



Isabel Alaga Moruno
ENCARGADA
INCAPACIDAD TEMPORAL
C.N.S. UYUNI

Dr. Gral. José A. Tapia Rojas
AGENTE CENTRAL a.l. CNS
CAJA NACIONAL DE SALUD

