|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | PERÚ |  MINISTERIO  DE SALUD | HOSPITAL NACIONALHIPOLITO UNANUE | **UNIDAD****DE****ADMINISTRACION****DE****ARCHIVO** |

MEMO. Nº­­­­­­­­­­­­ - -HNHU-2018

A : Abg. Braulio Raúl Raez Vargas

 Jefe de la Unidad de Administración de Archivo.

 Hospital Nacional “Hipólito Unanue”

ASUNTO: TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS

 Anexo N° 3 (Formato Nº 4)

 Anexo N° 4 (Formato Nº 5)

REF : CIRCULAR 069-DG-2016-UAA-N°.001/HNHU

FECHA : El Agustino,

Tengo a bien dirigirme a Usted, a fin de remitir los ANEXO Nº 3 (Formato N°.4) Inventario de Transferencia de Documentos y ANEXO Nº 4 (Formato N°.5) Inventario - Registro; estamos transfiriendo documentos con más de 01 años de antigüedad.

La permanencia de los documentos que estamos enviando deben tener por un periodo de: **\_\_\_\_\_**años, en la Unidad de Administración de Archivos.

Sin otro particular, quedamos de Usted.

**"MINISTERIO DE SALUD"**

 **HOSPITAL NACIONAL Unidad de**

 2018

 **HIPOLITO UNANUE Administración de Archivo**

**ANEXO Nº 3**

( FORMATO Nº 04 )

**INVENTARIO DE TRANSFERENCIA DE DOCUMENTOS**

Nº\_\_\_\_\_\_\_-20\_\_\_\_\_\_

 Pág. 1 de 1 págs**.**

**INFORME GENERAL**

1. Sector MINISTERIO DE SALUD
2. Entidad HOSPITAL NACIONAL “HIPOLITO UNANUE”

1. Unidad Orgánica **………………………………………………………………..**

1. Datos de Remisión **………………………………………………………………..**

 4.1 Código ……………………………………………………………….

 4.2 Año 2018

 (Año del envió)

**5**. Descripción general de documentos a transferirse:

**6**. Metros lineales de documentos a transferirse: (para ser llenado por la Unidad de Administración

 De Archivos)

 …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

 Letras números

|  |
| --- |
| **7**. Lugar y fecha**………………………………………………………………………..** Jefe y/o representante Unidad Orgánica Remitente |

|  |
| --- |
| **8**. Lugar y fechaVºBº **…………………………………………………**Jefe y/o Representante de  Unidad de Administración de Archivo |

**ANEXO Nº 4**

( FORMATO Nº.5 )

 2018

 **Unidad de**

**MINISTERIO DE SALUD Administración HOSPITAL HOSPITAL NACIONAL HIPOLITO UNANUE de Archivo**

**INVENTARIO – REGISTRO**

 **UNIDAD ORGANICA: Pág. ­­­­\_1\_­ de \_\_\_\_ págs.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **9.** **#** de orden correlativo:Archivador Caja, Libro, etc. | **10.** Descripción de documentos  (Tipos de documentos a transferirse) | **11**.  Fechas extremas(Inicio - Final) | **12.**  **U**bicación topográfica(Lugar de archivamiento)**(Llenado por U.A.A.)** | **13**.  Observaciones(Folios) |
| 1 |  | **01/ENERO/2016 A 31/DICIEMBRE/2016** |  | 1 AL  |
| 2 |  |  |  | 1 AL  |
| 3 |  |  |  | 1 AL  |
| 4 |  |  |  | 1 AL  |
| 5 |  |  |  | 1 AL  |
| 6 |  |  |  | 1 AL  |
| 7 |  |  |  | 1 AL  |
| 8 |  |  |  | 1 AL  |
| 9 |  |  |  | 1 AL  |
| 10 |  |  |  | 1 AL  |
| 11 |  |  |  | 1 AL  |
| 12 |  |  |  | 1 AL  |
| 13 |  |  |  | 1 AL  |
| 14 |  |  |  | 1 AL  |
| 15 |  |  |  | 1 AL  |
| 16 |  |  |  | 1 AL  |
| 17 |  |  |  | 1 AL  |
| 18 |  |  |  | 1 AL  |
| 19 |  |  |  | 1 AL  |
| 20 |  |  |  | 1 AL  |

**14.**

**IMPORTANTE**

**UNA VEZ FOLIADO SUS DOCUMENTOS Y LLENADO LOS FORMATOS SEGÚN LAS INDICACIONES LLAMAR AL ANEXO 2244 UNIDAD DE ADMISTRACIÓN DE ARCHIVOS,**

**PARA LA VERIFICACIÓN DE LOS FORMATOS,**

 **SIN ESTA VERIFICACIÓN; NO SE ACEPTARA LA TRANSFERENCIA**

**INSTRUCCIONES PARA LA TRANSFERENCIA DEL INVENTARIO DE DOCUMENTOS**

**(ANEXO Nº3)**

FORMATO 4

**Instrucciones:**

**1.-** Nombre del Sector : MINISTERIO DE SALUD

**2.-** Nombre de la Entidad : HOSPITAL NACIONAL "HIPOLITO UNANUE"

**3**.- Nombre de la Unidad Orgánica cuya documentación va a transferirse.

**4**.- Indicar el código de identificación de la entidad y unidad orgánica remitente; año del envió y el número secuencial

 según la primera remisión de documentos efectuada por la Unidad Orgánica al Archivo

**5.-** Señalar sucintamente las series documentales y sus fechas extremas,

**6.-** Anotar número total en metros lineales de los documentos a transferirse (un metro cubico el igual a diez metros Lineales aprox.)

**7.-** Fecha, nombre, apellidos y firma del Jefe y/o representante Unidad orgánica remitente.

**8.-** Fecha, nombre, apellido y firma del Jefe y/o representante Unidad Administración de Archivo.

**INVENTARIO DE REGISTRO**

**(ANEXO Nº 4)**

FORMATO 5

**Instrucciones:**

**9.-**  Indicar número y medio de archivamiento, ejemplo; Caja Nº …. Archivador Nº . … etc.

**10.-**  Describe detalladamente el contenido de cada una de las series documentales.

**11.-** Indicar la fecha más antigua y más reciente de cada una de las series (del primer documento y del Último documento; del Archivador, caja, paquete o bulto)

**12.-**  La ubicación topográfica, la define el técnico de la U.A.A.; según diseño. (no llenar el usuario-Unidad que transfiere)

**13.-** Indicar el primer y último número o folios de cada una de las series (de…..hasta……) Archivador y/o caja etc

**14.-** Firma del jefe inmediato Superior

**NOTA.- Las páginas deberán numerarse consecutivamente, iniciándose con el número uno total de las páginas del inventario**