



PERÚ
Ministerio
de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 005381

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA TRÁMITE DOCUMENTARIO

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO: *Solicito justificación de inasistencia*

2F 25 JUN 2024

EXPEDIENTE Nº 7012

HORA: 11:10 AM FIRMA: (SELLO)

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: *Señor Director de la UGEL-Y.*

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: *SARDON*

Apellido Materno: *DE LA TORRE*

Nombres: *Rafael Héiber*

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI: *01229387*

RUC:

C.E.:

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA: Avenida: ☐ Jirón: ☒ Calle: ☐ Pasaje: ☐ Carretera: ☐ Prolongación: ☐

Nombre de la vía: *Lima*

Nº de Inmueble: *513* Block: ☐ Interior: ☐ Piso: ☐ Mz: ☐ Lote: ☐ Km: ☐ Sector: ☐

Tipo de Zona:

Urbanización: ☐

Pueblo Joven: ☐

Unidad Vecinal: ☐

Conjunto Habitacional: ☐

Asentamiento Humano: ☐

Cooperativa: ☐

Residencial: ☐

Zona Industrial: ☐

Centro Poblado: ☐

Caserío: ☐

Asociación: ☐

Grupo: ☐

Fundo: ☐

Otros (especificar): ☐

Nombre de zona: *Cercado Yunguyo*

Referencia: *Altura del hospital.*

Departamento: *PUNO*

Provincia: *Yunguyo*

Distrito: *Yunguyo.*

Teléfonos: *971030100*

Autorizo se me notifique
al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Que por motivos de estar delicado de salud y encontrandome en la ciudad de Arequipa es que no pude asistir a mi centro de labor el día lunes 24 de junio del 2024, por tal razón asistí al Centro de ESSalud Yanahvara de Arequipa para mi atención por emergencia. Para lo cual acompaño al presente documento la Constancia de Atención médica.

Por lo expuesto ruego a Ud. dar solución a mi petición por ser de ley.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- Constancia de atención médica.

Yunguyo 25 de junio del 2024

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

No. DE ORDEN: 4059092 FECHA EMISION: 24/06/2024
H.III YANAHUARA

EMER

MED.EMER.Y DESASTRES

FARMACIA DE EMERGENCIA

ASEGU.: SARDON DE LA TORRE RAUL HELBER EDAD: 60 años 3mes 2 días

AUTOG.: 64032215DTRR001

H/C: 945481

ACT.MED. 7165039 DOC.ID: D.N.I. 01229387 VIGENCIA: 24/06/24

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM/FF	CANT.
-----	--------	--------------	------	-------	-------

1		CIPROFLOXACINO (COMO CLORHIDRATO)500 MG	3	TB	6,00
---	--	---	---	----	------

Via Admin. ORAL

Ind: 01 TAB CADA 12 HRS

2		ESCOLAMINA BUTILBROMURO 10 MG	3	TB	6,00
---	--	-------------------------------	---	----	------

Via Admin. ORAL

Ind: 01 TAB CADA 12 HRS

MEDICO: 36613 MOLINA ROSADO VICTOR MANUEL

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

"SI TIENES DUDAS, HASTE LA PRUEBA DE VIH"

USUARIO: 29417249 FEC.IMP: 24/06/24 HORA: 12:07:07



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El Sr. Sardon de la Torre Raul

con carnét N° _____ ha sido atendido en el

Consultorio de Medicina

El día 24/06/2024 a horas 11:24

Ha sido citado para el día _____ a horas _____

Arequipa, 24 de Jun de 202 4

COD. 050020211

HOSPITAL III YANAHUARA - ESSALUD
SERVICIO DE EMERGENCIA
V. Manuel Molina Rosado
MEDICO EMERGENCISTA
Medico Tratante