



ASUNTO: solicito justificación de inasistencia por atención médica.

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

27 JUN 2024

EXPEDIENTE N° 02F 7074

HORA: 9:38 FIRMA: [Firma]

SEÑOR : Lic. Efraín, CONDORI RIVERA
DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO.

Yo; **Marysol, VARGAS RAMOS**, identificado con DNI. 01320480 con domicilio legal en el Jr. Angamos 376 barrio Chacarilla Alta – Puno. Ante usted respetuosamente me presento y expongo:

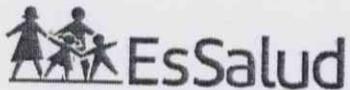
Que, por motivos de salud no pude asistir a mi jornada laboral el **Martes 25 de junio** del año en curso, tuve cita de atención medica presencial en el HOSPITAL III DE SALCEDO en horas de la mañana. **SOLICITO a su despacho señor director se me justifique mi inasistencia.** Para la cual adjunto mi constancia de atención médica en dicho establecimiento.

Sin más que tratar ruego a usted acceder a mi petición por ser justo y legal.

Yunguyo, 26 de junio del 2024.

Atentamente.


Prof. Marysol, VARGAS RAMOS
DNI. 01320480



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

HACE CONSTAR:

QUE EL PACIENTE SR (a):.....*MARYSOL YARBAZ ROSAS*.....

CON EL N° DE AUTOGENERADO.....*01320480*.....DNI.....*01320480*.....

HA SIDO ATENDIDO EN EL HOSPITAL III DE SALCEDO. EN EL SERVICIO DE

.....*LABORATORIO QUÍMICO - TOMA DE MUESTRA*.....

EL DÍA.....*25/06/2024*.....A HORAS.....*7:45 AM*.....

NO ES VÁLIDO PARA TRÁMITES LEGALES

PUNO,.....*25*.....DE.....*06*.....20.....*24*.....

[Signature]
Dra. Maricela C. Mollini Balcona
PATOLOGO CLINICO - BANCO DE SANGRE
CMP: 25724 RNE: 38793

[EsSalud Logo]

Profesional de la salud

Plan de Seguro	VARGAS RAMOS MARYSOL	022149
Plan de Salud	D.N.I. 81330488	1110129080009
Acto Médico	OBLIGATORIO	FEMENINO
Area Hospitalaria	2001622	08
Profesional Médico	CONSULTA EXTERNA	08/04/2024
DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE		
Departamento	NEIRA ROJAS DIANA BIENE Computera 8912	ENDOCRINOLOGIA
Dirección		CONSULTA MEDICA
Referencia		
Celular		
Area Examen Auxiliar	844936558CLARO	
	BIOQUIMICA	
	82043	DOSAJE DE ALBUMINA EN ORINA, MICROALBUMINA, CUANTITATIVA
	Indicaciones	
	82465	DOSAJE DE COLESTEROL TOTAL EN SANGRE COMPLETA O SUERO
	Indicaciones	
	82565	DOSAJE DE CREATININA EN SANGRE
	Indicaciones	
	82570	DOSAJE DE CREATININA, OTRA FUENTE (INCLUYE ORINA)
	Indicaciones	
	82947	DOSAJE DE GLUCOSA EN SANGRE, CUANTITATIVO (EXCEPTO CINTA REACTIVA)
	Indicaciones	
	83036	HEMOGLOBINA, GLUCOSILADA (Hb A1c%)
	Indicaciones	
	83718	DETERMINACION DIRECTA DE LIPOPROTEINA DE ALTA DENSIDAD (HDL COLESTEROL)
	Indicaciones	
	83719	DETERMINACION DIRECTA DE LIPOPROTEINA DE MUY BAJA DENSIDAD (VLDL COLESTEROL)
	Indicaciones	
	83721	DETERMINACION DIRECTA DE LIPOPROTEINA DE BAJA DENSIDAD (LDL COLESTEROL)
	Indicaciones	
	84439	TIROXINA, LIBRE
	Indicaciones	
	84478	TRIGLICERIDOS
	Indicaciones	
Area Examen Auxiliar	HEMATOLOGIA Y COAGULACION	
	85025	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS)
	Indicaciones	FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS

25.06.24

7