

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 303
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARISUMILLA:
01 AGO 2024
EXPEDIENTE N° 04F 7940
HORA: 11:07 FIRMA: [Firma]

Solicito justificación de
inasistencia por
Incapacidad Temporal
por enfermedad.

Señor.

Efraín CONDORI RIVERA.

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO.

Yo, **Alizon Richard TITO BUSTINZA**, identificado con DNI: 40042184 Personal Administrativo de la Institución Educativa, me presento ante usted muy respetuosamente y expongo.

Ante usted con el debido respeto me presento y solicito: se me justifique mi inasistencia a mi centro de labor por incapacidad temporal por enfermedad, por el lapso de 03 días. El martes 30, miércoles 31 de julio y jueves 01 de agosto del presente año 2024. Que, de conformidad al Artículo 24° del D.L. 276 y al D.S.005-90-PCM, que textualmente dice en el Artículo 111°.- "La licencia por enfermedad y gravidez se otorga conforme a lo dispuesto en el Decreto Ley N° 22482 y su Reglamento. Concordancia: D.S. No. 005-90-PCM: Art. 110o. inc. a) guion 1,2 correspondiente, LEY No. 26790 : "Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud"; asimismo, adjunto copia de certificado temporal de descanso médico, otorgado por es salud.

Por lo expuesto:

Sírvase usted acceder a mi solicitud por ser de ley.

Documento adjunto:

1. Copia de certificado de incapacidad temporal descanso medico por 03 días. Y otros que acrediten dicha atención.

Yunguyo, 30 de julio del 2024.

Alizon Richard TITO BUSTINZA

DNI: 40042184

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 148 - P.M. YUNGUYO
CITT No. : **A-148-00010028-24**

Acto Medico: 154969
Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: TITO BUSTINZA ALIZON RICHARD
Doc. de Identidad: D.N.I. 40042184
Autogenerado: 7812161TOBTA008

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/07/2024
Fecha Fin: 01/08/2024
Total de Dias: 3
F. de Otorgamiento: 30/07/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 3
No Consecutivos: 15

PP.SS. Tratante MEDICO 106921
GARCIA CORDOVA JAIR

RUC: 20406267190


Dr. Jair Garcia Cordova
Medico Cirujano
CMP: 106921


OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 88

Usuario: GARCIA CORDOVA JAIR ALEJANDRO
Fecha: 30/07/2024 Hora: 10:05:12

No. DE ORDEN: 45613 FECHA EMISION: 30/07/2024

P.M. YUNGUYO

CEXT

MEDICINA GENERAL

FARMACIA/DEPOSITO

ASEGU.: TITO BUSTINZA ALIZON RICHARD EDAD: 45 años 7mes 14 dias

AUTOG.: 7812161TOBTA008 H/C: 4430

ACT.MED. 154969 DOC.ID: D.N.I. 40042184 VIGENCIA: 29/08/24

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

1		DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML	3	AM	3,00
---	--	--------------------------------------	---	----	------

Via Admin.

Ind: 1 AMP IM CADA 24 HORAS.

2		NAPROXENO 500MG(BASE)Ó 550MG(SAL SÓDICA)	7	TB	14,00
---	--	--	---	----	-------

Via Admin. ORAL

Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS.

3		ORFENADRINA CITRATO 100 MG (LIBERACIÓN PROLONGA	7	TB	14,00
---	--	---	---	----	-------

Via Admin. ORAL

Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS.

4		DEXAMETASONA (BASE O EQUIVALENTE) 4 MG	3	AM	3,00
---	--	--	---	----	------

Via Admin.

Ind: 1 AMP IM CADA 24 HORAS.

MEDICO: 106921 GARCIA CORDOVA JAIR ALEJANDRO



Dr. Jair García Córdova
Médico Cirujano

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

USUARIO: 73137966 FEC.IMP: 30/07/24 HORA: 10:03:36

FJ

