

'Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho'

SUMILLA: SOLICITO HACER USO DE DESCANSO MEDICO
A CUENTA DE VACACIONES POR MOTIVOS
DE SALUD.

SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO.

Atención: Jefatura de Recursos Humanos.

MINISTERIO DE EDUCACION	
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 308	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
4 ^F	05 AGO 2024
EXPEDIENTE N°	3042
HORA:	4:00 pm FIRMA: <i>H</i>

Alizon Richard TITO BUSTINZA, identificado con DNI Nro. 40042184, con domicilio real en el Jr. Independencia N.º 1045 Yunguyo, con numero de celular N.º 929829261 y correo electrónico para notificaciones en el correo electrónico Alizon_rtb@hotmail.com; a Ud., respetuosamente, digo:

Sustentado en el artículo 24, literal e) del Decreto Legislativo 276 – Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público – que establece.

“Son derechos de los servidores públicos, Hacer uso de vacaciones, permisos o licencias por causas justificadas o motivos personales, en la forma que determine el reglamento”

Dentro de este contexto,

I. EXPRESIÓN CONCRETA DE LO PEDIDO

SOLICITO hacer uso de (05) días a cuenta de mis vacaciones para mi pronta recuperación por motivos de salud, siendo este, a partir del día lunes 5,6,7,8 y 9 de agosto motivo de encontrarme delicado de salud creándome una amenaza de no poder desplazarme con total normalidad a raíz que yo vengo arrastrando dolencias al nivel lumbar y lesión en la parte abdominal a la altura de la cintura notándose una equimosis a raíz de un golpe por *lesión de accidente*.

II. MEDIOS PROBATORIOS Y ANEXOS:

Adjunto copias de atención médica en es salud.
Imagen de zona afectada.

POR LO EXPUESTO:

A UD. pido acceder a mi pedido a la brevedad posible a fin de proteger mi derecho a la vida, salud e integridad.

Yunguyo, 02 de agosto de 2024.

Alizon Richard TITO BUSTINZA
DNI. N° 40042184

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

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

Acto Médico: 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



Jair
Dr. Jair Garcia Córdova
Médico 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:
P.M. YUNGUYO

45613 FECHA EMISION: 30/07/2024

CEXT
MEDICINA GENERAL

ASEGU.: TITO BUSTINZA ALIZON RICHARD FARMACIA/DEPOSITO
AUTOG.: 7812161TOBTA008 EDAD: 45 años 7mes 14 dias
ACT.MED. 154969 DOC.ID: D.N.I. 40042184 H/C: 4430
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)O 550MG(SAL SÓDICA)	7	TB	14,00
---	--	---	----	-------

Via Admin. ORAL
Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS. *8PM y 8AM (ESTOMAGO LLENO)*

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

Via Admin. ORAL
Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS. *8PM y 8AM (ESTOMAGO LLENO)*

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

Via Admin.
Ind: 1 AMP IM CADA 24 HORAS.

DICO: 106921 GARCIA CORDOVA JAIR ALEJANDRO

Jair
Dr. Jair Garcia Córdova
Médico Cirujano



TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

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

FJ

