

Sumilla: Solicito permiso a partir del medio día.

SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 208
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO
06 SEP 2024
02F 8941
EXPEDIENTE N°
HORA: 11:37 FIRMA: PER

- UGEL-Y

JUAN CARLOS RAMOS CALSIN, identificado con

DNI N° 40880316 con domicilio real en el Distrito,

Provincia y Departamento de Puno, a usted en atenta

forma digo:

Que, en amparo a lo dispuesto en el art. N° 2, inciso 20 de la Constitución Política del Perú derecho a peticionar, recurro a su despacho con la finalidad de solicitar permiso a partir del medio día del 06/09/2024 por tener programadas dos citas en ESSALUD Puno con el Dr. Clímaco Boggiano Tacuche y con la Dra. Gabriela Cala Herrera.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Ud. Pido acceder a mi petición por ser de justicia.

Puno, 06 de septiembre del 2024.

Anexo.

1.a. Copias de citas de ESSALUD.


JUAN CARLOS RAMOS CALSIN

**EsSalud**

Cerrar

**CAP III METROPOLITANO DE PUNO
CEXT - ODONTOLOGIA**

Fecha de la Cita : **06/09/2024**
Hora de la Cita : **17:20**
Medico : **CALA HERRERA GABRIELA**
Consultorio : **005**
Orden / Total : **11 / 12**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - SESIONES ODONTOLOGICAS**

Paciente : **RAMOS CALSIN JUAN**
Historia Clínica : **Nro 45493**
Autogenerado : **7811071ROCSJ005**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **578149** VOLUNTARIA NORMAL

Terminalista : **MAITA SUMERENTE MILENKA**
Fecha : **04/09/2024 Hora : 12:37:48**
PROTÉJASE Y PROTEJA A LOS DEMÁS:
ACUDA A SU CITA CON BARBIJO O MASCARILLA

**EsSalud**

Cerrar

**H.I CLINICA UNIVERSITARIA UNA-ESSALUD
CEXT - PSIQUIATRIA**

Fecha de la Cita : **06/09/2024**
Hora de la Cita : **14:20**
Medico : **BOGGIANO TACUCHE CLIMACO**
Consultorio : **CNT01**
Orden / Total : **2 / 15**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - TELECONSULTA**

Paciente : **RAMOS CALSIN JUAN**
Historia Clínica : **Nro 28435**
Autogenerado : **7811071ROCSJ005**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ADSCRIPCION TEMPORAL**
No. Acto Medico : **381618** VOLUNTARIA NORMAL

Terminalista : **CHAYÑA ANCCO JILARI**
Fecha : **01/09/2024 Hora : 08:51:59**
**"PROTEGETE DEL COVID, LAVATE LAS MANOS
CON AGUA Y JABON AL MENOS 20 SEGUNDOS"**