

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITA: JUSTIFICACION DE INASISTENCIA

SEÑOR: DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE YUNGUYO

LIC. EFRAIN CONDORI RIVERA

MINISTERIO DE EDUCACION	
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 208	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
EF	12 SEP 2024
EXPEDIENTE N°	9083
HORA: 4:00pm	FIRMA: 

Yo Jesús Henry Rivera Cahuaya, identificado con DNI N° 42427783, con domicilio en el JR. Tapoje N° 388 de la ciudad de Yunguyo, servidor público de la Unidad de Gestión Educativa Local de Yunguyo, en el cargo de Jefe de Gestión Institucional, ante usted me presento y digo:

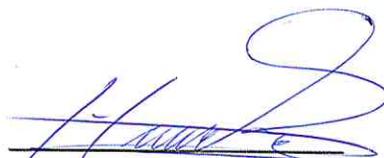
Que por encontrarme delicado de salud y teniendo una cita médica en el establecimiento de ESSALUD – Yunguyo, el día de ayer miércoles 11 de setiembre del presente, fecha en que no pude asistir a la UGEL Yunguyo a realizar mis labores como trabajador, recurro a su digno despacho para hacerle presente y por ende justificar mi inasistencia.

ADJUNTO:

- Copia de atención y receta medica

Esperando contar con su comprensión, Pido a usted acceder a mi solicitud.

Yunguyo 12 de setiembre de 2024.



Jesús Henry Rivera Cahuaya
DNI 42427783

No. DE ORDEN:
P.M. YUNGUYO

46505 FECHA EMISION: 11/09/2024

CEXT

MEDICINA GENERAL

FARMACIA/DEPOSITO

ASEGU.: RIVERA CAHUAYA JESUS HENRY

EDAD: 40 años 3mes 9 dias

AUTOG.: 9406021RECUJ007

H/C: 9885

ACT.MED. 158605 DOC.ID: D.N.I. 42427783

VIGENCIA: 11/10/24

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA 800 MG + 160 MG	5	TB	10,00
		Via Admin. ORAL <i>SAM-SPM</i>			
		Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS.			
2		ESCOPOLAMINA BUTILBROMURO 10 MG	5	TB	10,00
		Via Admin. ORAL <i>SAM-SPM</i>			
		Ind: 1 TAB VO CADA 12 HORAS.			
3		SALES D/REHID.ORAL(FOR.OMS)20.5G P/DIS1L	1	SOB	1,00
		Via Admin. ORAL			
		Ind: DILUIR EN 1 L DE AGUA Y TOMAR A DEMANDA.			

MEDICO: 106921

GARCIA CORDOVA JAIR ALEJANDRO

García Córdova

Médico Cirujano

106921

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

USUARIO: 73137966

FEC.IMP: 11/09/24

HORA:

10:27:22