



PERÚ
Ministerio
de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 005519

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

01 OCT 2024

EXPEDIENTE Nº

9553

HORA

10:45

FIRMA
(SELLO)

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO: por motivos de mal de salud, SOLICITO

JUSTIFICACION de Inasistencia del día 30 de octubre del presente, para tal efecto adjunto Constancia de atención médica

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL - YUNGUYO

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno:

Ccama

Apellido Materno:

Ccama

Nombres:

Alicia

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI:

01784472

RUC:

C.E.

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA:

Avenida:

Jirón:

Calle:

Pasaje:

Carretera:

Prolongación:

Nombre de la vía:

Av. 28 de Julio

Nº de Inmueble:

388

Block:

Interior:

Piso:

Mz:

Lote:

Km:

Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización:

X

Pueblo Joven:

Unidad Vecinal:

Conjunto Habitacional:

Asentamiento Humano:

Cooperativa:

Residencial:

Zona Industrial:

Centro Poblado:

Caserío:

Asociación:

Grupo:

Fundo:

Otros (especificar):

Nombre de zona:

Chacabata

Referencia:

Departamento:

Puno

Provincia:

Yunguyo

Distrito:

Yunguyo

Teléfonos:

951762230

Autorizo se me notifique

al siguiente correo electrónico:

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO : Que por motivos de salud, no pude asistir a mis labores cotidianas en la UGEL Yunguyo, motivo por el cual SOLICITO JUSTIFICACION de mi Inasistencia del día 30 de agosto del presente. Para tal efecto adjunto la constancia de atención médica de la ESSalud-Puno.

POR LO EXPUESTO:

Puego a Usted, acceder a mi solicitud por ser de ley

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

1- Constancia de atención médica - Original

Yunguyo, 01 de octubre - 2024

LUGAR Y FECHA

[Firma]

FIRMA DEL USUARIO

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a):

Camila Riquelme Pichu

Seguro N°:

001 01784472

Atención en el consultorio de:

ERM

Por el Dr. (a):

E. JIPITUPA

El día:

30-09-2024

Se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCIÓN a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente:

Dr. Eder J. Jipitupa Flores
ESP. EMERGENCIAS
C.M.P. 66387
R.N.E. 40374
R.N.A. 10908
Essalud

FIRMA Y SELLO