



PERÚ Ministerio de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO

Nº 005929

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

16 OCT 2024

EXPEDIENTE N° 9890

HORA: 3:00 (SELLO FIRMA)

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO: SOLICITO JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA

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

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: ARAUJO

Apellido Materno: PARADES

Nombres: ELMER ANTONIO

Persona Jurídica:

Razón Social: D X H.

Tipo de Documento:

DNI: 01772901

RUC:

C.E.

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA: Avenida: Jirón: Calle: Pasaje: Carretera: Prolongación:

Nombre de la vía: CONSTITUCIÓN 244 YUNGUYO

Nº de Inmueble: Block: Interior: Piso: Mz: Lote: Km: Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización: Pueblo Joven: Unidad Vecinal: Conjunto Habitacional: Asentamiento Humano:
Cooperativa: Residencial: Zona Industrial: Centro Poblado: Caserío:
Asociación: Grupo: Fundo: Otros (especificar):

Nombre de zona: CERCADO

Referencia:

Departamento: PUNO

Provincia: YUNGUYO

Distrito: YUNGUYO

Teléfonos: 932474753

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 :

SOLICITO JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA LOS DÍAS 14 y 15 DE OCTUBRE 2024, QUE POR MOTIVOS DE SALUD NO HE PODIDO CONSTITUIRME A MI CENTRO DE TRABAJO POR LO QUE PRESENTO DOS CONSTANCIAS DE ATENCIÓN MÉDICA OTORGADO POR ESSALUD, POR LO QUE PIDO A UD. ORDENE A QUIEN PROCEDA ATENDER MI JUSTIFICACIÓN A MI INASISTENCIA POR SALUD.

POR LO EXPUESTO:

PIDO A UD. SEÑOR DIRECTOR ATENDER A MI PEDIDO DE JUSTIFICACIÓN DE CONFORMIDAD A NORMATIVAS LEGALES.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

LE SE ADJUNTA DOS CONSTANCIAS DE ATENDER MEDICAS DE ESSALUD CORRESPONDIENTE.

YUNGUYO, 16-10-2024
LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): Elmer Antonia Arayo Pareda.

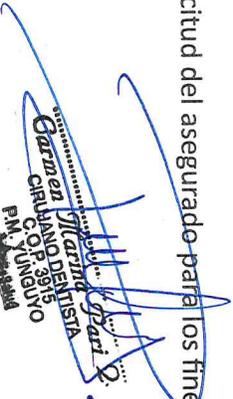
Seguro N°: 01472901

Atención en el consultorio de: DOCTORA

Por el Dr. (a): Armen Pardo Puri.

El día: 14/10/2024

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


Garmen Vilcañan
CIRUJANO DENTISTA
C.P. 3915
PUNO, PERU

FIRMA Y SELLO

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): ARAULO PAREDES ESCOBAR ANTONIO

Seguro N°: _____

Atendido en el Consultorio de : _____



por el Dr. (a) : 15 OCT 2024

el día : _____

se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCION a solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.


Dr. Raúl García Córdova
Médico Cirujano
C.M.F. 106921