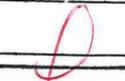


MINISTERIO DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO

4F 23 OCT 2024

EXPEDIENTE N° 10 050

HORA: 2:06pm FIRMA: 

SOLICITO: REPROGRAMACION DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ETAPA DESCENTRALIZADA DEL CONCURSO PÚBLICO DE INGRESO A LA CARRERA PÚBLICA MAGISTERIAL APROBADA MEDIANTE LA RVM N° 037-2024-MINEDU.

SEÑOR: DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO
CON ATENCIÓN A: PRESIDENTE DEL COMITÉ N° 06 DE EVALUACIÓN

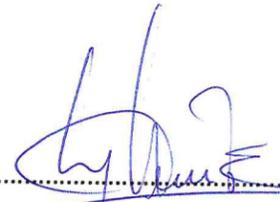
Yo, MARCIAL CHAMBILLA MONTALICO, identificado con DNI N° 01342494, con domicilio en el Jr. Cuzco N° 216 de esta localidad, profesor del Área de Arte y Cultura; ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, siendo uno de los postulantes para la participación en la etapa descentralizada de la "Aplicación de los Instrumentos de Evaluación de la Etapa Descentralizada del Concurso Público de Ingreso a la Carrera Pública Magisterial Aprobada mediante la RVM N.° 037-2024-MINEDU. – SOLICITO: REPROGRAMACION DE LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA ETAPA DESCENTRALIZADA, al cumplimiento a la CARTA N° 005-2024-UGEL-Y/COMITÉ N° 06, por motivos de salud, "INSUFICIENCIA CARDIACA", para la cual adjunto mi constancia de atención.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor presidente acceda a mi solicitud.

Yunguyo, 23 de octubre del 2024.


.....
MARCIAL CHAMBILLA MONTALICO
DNI N° 01342494
PROFESOR DEL AREA DE ARTE Y CULTURA

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): CHAMBILLA MONTALICO MARCIAL

Seguro N°: _____

Atención en el consultorio de: MEDICINA

Por el Dr. (a): _____

El día: 23 OCT 2024

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

Paciente con antecedente de infarto agudo a miocardio acudió por síntomas de dolor precordial y disnea. EKG: Sin alteraciones. Paciente refiere mejoría clínica con reposo.


Dr. Jair García Córdova
Médico Cirujano
CMP: 106921

FIRMA Y SELLO

No. DE ORDEN: 1333541 FECHA EMISION: 03/10/2024
H.HI PUNO

CEXT
MEDICINA INTERNA FARMACIA CONSULTA EXTERNA 1
ASEGU.: CHAMBILLA MONTALICO MARCIAL EDAD: 48 años 11mes 2dias
AUTOG.: 7510011CMMEM000 H/C: 150659
ACT.MED. 2221381 DOC.ID: D.N.I. 01342494 VIGENCIA: 02/11/24

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		ACIDO ACETILSALICILICO 100 MG	30	TB	30,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TAB C/24H DESPUES DEL ALMUERZO					
2		ENALAPRIL 10 MG	30	TB	60,00
Via Admin. ORAL					
Ind: CADA 12 HORAS POR UN MES					
3		ISOSORBIDA DINITRATO 10 MG	30	TB	30,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TAB C/ 24 H 7 PM					
4		CARVEDILOL 6.25 MG	30	TB	60,00
Via Admin.					
Ind: 1 TAB C/ 12 H 7 AM- 7PM					
5		ATORVASTATINA (COMO SAL CALCICA) 40 MG.	30	TB	30,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TAB C/24H DESPUES DE LA CENA					

MEDICO: 78158 FLORES YUCRA PAUL FELIX

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

USUARIO: 72177337 FEC.IMP: 03/09/24 HORA: 11:18:42

FORMATO DE SOLICITUD DE REFERENCIA

Número de Referencia			EsSalud	Extrainstitucional	Organización	Area Destino
DNI			Centro de Origen		C. Externa	<input checked="" type="checkbox"/>
01342494			ORL		Hospitalización	
Día	Mes	Año	Servicio de Origen		Emergencia	
19	01	17	HOSPITAL DE PUNO			
			Servicio de Destino		Ayuda DX	
			ORL - H.N. CASE			
			Número de Acto Médico			
			52 8 5 6 1 5			

I. Identificación del paciente

Apellido paterno	Chambilla	Edad	42
Apellido materno	MONTOLICO	Sexo	M
Nombres	MARCIAL	T. Seguro	TI/06
Plan de Seguro		Nro. Contrato	

II. Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)

Paciente derivado de Otorrinolaringología x obstrucción de Vía Aérea Superior

Resultados de Pruebas Diagnósticas:

Diagnóstico de referencia	Presuntivo	Definitivo	CIE 10
1 Obstrucción Vía Aérea Superior		X	H109.5
2			

Motivo de referencia: Tratamiento Quirúrgico

Tipo de transporte según prescripción médica

Terrestre	Fluvial	Aéreo	En caso de Transporte Aéreo sustentar en el Formato N° 6
Requiere acompañante	No	Tipo de Acompañante:	Familiar Asistencial
Sustento en caso requiera acompañante:			

III. Médico tratante o responsable

Firma y Sello del Médico Tratante		Firma y Sello del Jefe JEFE DE REFERENCIAS O ADMISIÓN	
-----------------------------------	--	--	--

CENTRO ASISTENCIAL DE DESTINO:
(Para ser llenado en la unidad de Referencia / Jefe de Guardia)

Prórroga 1	Prórroga 2
FECHA	FECHA
Servicio solicitante	Servicio solicitante
Nombre del Médico	Nombre del Médico
Motivo	Motivo
Firma y Sello del Médico Tratante	Firma y Sello del Médico Tratante

Adjuntar toda documentación que permita una adecuada continuación del tratamiento del paciente en el destino

RECIBÍ INFORMACIÓN Y
CARGO DE RECEPCIÓN DE LA REFERENCIA Firma DNI