

Año del Bicentenario de la Consolidación de Nuestra Independencia, y de la Conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho".

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
UNIDADES EJECUTORAS
OFICINA TRÁMITE DOCUMENTOS

10 DIC 2024

7 F
EXPEDIENTE N° 11865
HORA: 8:54 FIRMA: [Firma]

SUMILLA: Regularizo y adjunto certificados de atención médica

SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL – YUNGUYO

ERNESTO LARICO ROMERO, identificado con DNI 01816005, con domicilio real en el Jr. 17 de agosto N° 129 de esta ciudad de Yunguyo, en mi condición de trabajador nombrado de la UGEL – Yunguyo, ante Ud. Me presento para exponer lo siguiente:

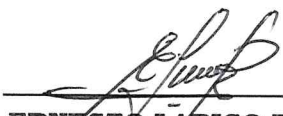
Que al amparo del Art. 2 Inc.20 de la Constitución Política del Perú, concordante con el Art. 107 de la Ley N° 27444 Inc. d) del Art. 24 del D.L. 276, el administrado ha solicitado licencia por motivos de salud a partir del 02 de diciembre al 06 de diciembre del 2024, por un lapso de 05 días computados, en su consecuencia conforme a la Ley, adjunto certificados de atención médica y otros.

1. CERTIFICADO MEDICO N° 328804790352
2. GAMARRA HEALTHCARE CENTER S.A.C.
3. ASOCIACION MILAGRO DEL DIVINO NIÑO JESUS.
4. SISOL – SISTEMA METROPOLITANO DE LA SOLIDARIDAD.
5. FARMACIA UNIVERSAL S.A.C.
6. INNOVAWONGMD
7. FARMADELIVERY
8. HOSPITAL DE LA SOLIDARIDAD.

POR LO EXPUESTO:

Señor director, se provea a mi solicitud y se tenga por adjuntado los documentos pertinentes por ser de Ley.

Atentamente


ERNESTO LARICO ROMERO
DNI N° 01816005



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional III Lima

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° 32880

Certifica:

Haber atendido al paciente Ernesto
Larco Romero con DNI 01816005
con Diagnóstico de Fibrosis Pulmo-
nar y Síndrome Doloroso Regional
Complejo por lo que se indica
Descanso Médico y repunendo su
Tratamiento médico conservador
del 30/11/2024 al 07/12/2024.
Así mismo debe continuar su trata-
miento a partir del 19/12/2024
según evolución.

Se expide el presente a solicitud
del paciente.



Fecha 30/11/2024 N°1790352

[Signature]

DR. JULIAN JARAMILLO WONG
Ortopedia y Traumatología
CMP 32880



CONSEJO NACIONAL

SALUDON CORP



InnovawongMD

ESPECIALISTAS MÉDICOS A DOMICILIO

Rp.

Constancia de Atención
Quien suscribe certifica suceso
el tratamiento conservador del
paciente Ernesto Larco Romero de
60 años de edad C/DNI 018160051
con Dx: Fibrosis pulmonar.
Se expide el presente a solicitud
del interesado.

Lima, 30/Nov/2024

DR. JULIAN JARAMILLO WONG
Medicina del Dolor y Cuidados Paliativos
Ortodontología y Traumatología
Anestesia, Analgesia y Reanimación
CNP 32080 RCU 11-11-11 RNE 45855

937016969



Calle Los Milanos 123 Of. 201 San Isidro
Jr. Cruz del Sur 140 Of. 1304 Santiago de Surco
Av. Horacio Urteaga 1036 Jesús María

innovawongmd@gmail.com

GAMARRA HEALTHCARE CENTER S.A.C.

GAMARRA SALUD

AV. HUANUCO Y SEBASTIAN BARRANCA MZA. 31 LOTE. 1 URB. SAN PABLO

LIMA - LIMA - LA VICTORIA

AV. HUANUCO Y SEBASTIAN BARRANCA MZA. 31 LOTE. 1 URB. SAN PABLO

LIMA - LIMA - LA VICTORIA - LA VICTORIA - LIMA

RUC: 20600994302 Serie #:USA1DKA18050217

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA B001-96136

02/12/2024

LARICO ROMERO ERNESTO

H.C.:21284

DNI: 01816005 EDAD: 60 a. 0 m. 24d.

ID: CGMELR4

SERVICIO: TOPICO

CODIGO	DESCRIPCION	CAN	P.U.	SUBTO
CGM14321	INYECTABLE INTRAMUSCUL AR	1	10.00	10.00

V. VENTA S/. *****8.47
IGV 18% S/. *****1.53
TOTAL S/. *****10.00
EFFECTIVO S/. *****10.00
VUELTO S/. *****0.00

Son: Diez con 00/100 Soles

CAJ : JUANA.CISNEROS 11:41:01 AM

F.P.: CONTADO



Representacion impresa del Comprobante
BOLETA DE VENTA ELECTRONICA

DOCUMENTO DE PACIENTE



ASOCIACION MILAGRO DEL DIVINO NIÑO JESUS

RUC: 20511055912

ASOCIACION MILAGRO DEL DIVINO NIÑO JESUS

JR ISMAEL ESCOBAR 329

OT 003-0068134

E.MISION: 01/12/2024 11:46

PAC LARICO ROMERO ERNESTO

DNI: 01816005 EDAD: 60 años

HC: 0287140

Med CLINICA DIVINO NIÑO JESUS

Esp

CLINICA DIVINO NIÑO JESUS

FORMA DE PAGO: CONTADO

DESCRIPCION CANT. IMPORTE

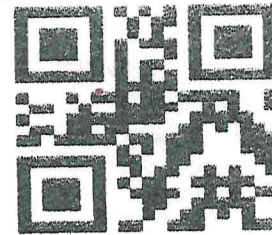
APLICACION DE INYECTABLE 1 6.00
INTRAMUSCULAR
SUBCUTANEO INTRADERMICA

IMPORTE TOTAL S/. 6.00

SON SEIS Y 00/100 SOLES

LARICO ROMERO ERNESTO

DNI 01816005



DETALLE DE PAGO MONTO VUELTO

EFFECTIVO S/ 20.00 14.00

CAJERO MSEGROVIA

SISOL-SISTEMA METROPOLITANO DE LA SOLIDARI
DAD

1HOSPITAL DE LA SOLIDARIDAD SAN JUAN DE LURIGANCHO

OJR. CARLOS CONCHA NRO 155-SAN ISIDRO - LIMA

OAv. Prficers de la Independencia Cdra. 15.

RUC: 20509510149

BOLETA ELECTRONICA B538-115157 29/11/20
24

CLI: 01816005 - larico romero ernesto

PAC: LARICO ROMERO ERNESTO

DNI: 01816005 EDAD: 60a 0m 21d

TEL: -NO TIENE

1SERVICIO: NEUMOLOGIA

1CONSULTORIO: NEUMOLOGIA 2

0

CODIGO	DESCRIPCION	CAN	P.U.	SUBTO
12650	CONSULTA EN NEUMOLOGIA	1	28.00	28.00

V. VENTA S/. 23.73

IGV 18% S/. 4.27

TOTAL S/. 28.00

EFFECTIVO S/. 100.00

VUELTO S/. 72.00

OSon: (VEINTE Y OCHO CDN 00/100 SOLES)

CAJ:DAYANA.MORENO 08:01:54

1F.P.: CONTADO

1Representacion impresa del comprobante BO
LETA ELECTRONICA autorizado mediante Resol
ucion de Intendencia Nro 034-005-0010786/S
UNAT para consultar el documento visita ht
tps://facturacion.sisol.gob.pe.

1Este comprobante de pago tiene un plazo d
e validez de treinta (30) dias calendario,
desde la fecha de su emision - Expiracion
: 29/12/2024.



FARMACIA UNIVERSAL S.A.C.

AV. LOS JARDINES OESTE NRO. 183 URB. LAS

FLORES S.J.L. - LIMA - LIMA

D.Fiscal: AV. DE LA EMANCIPACION No. 799

(ESQ. DE LA EMANCIPACION CON ANGARAES)

LIMA - LIMA - LIMA

R.U.C.: 20100025168

BOLETA DE VENTA ELECTRONICA

8026-0000483615

F-Emision: 02-12-2024 HORA: 10:28:29

Cliente: LARICO ROMERO ERNESTO

Dirección: JR. BOLOGNESI 783

DNI: 01816005

C-Cliente: 1099211

S-Caja: 13042318 S-VENTA: 13778879

DESCRIPCION	CANT	P.UNIT	MONTO
FLUIMUCIL 600 MG.X20TAB LUKOLL	1	80.80	80.80

TOTAL DESCUENTO S/ 0.00

PLAN EXTERNOS

VENTA TOTAL S/ 80.80

ANTICIPOS S/ 0.00

OP. GRAVADA S/ 68.47

OP. EXONERADA S/ 0.00

OP. INAFECTA S/ 0.00

IGV S/ 12.33

ICBPER S/ 0.00

TOTAL S/ 80.80

REDONDEO S/ 0.00

TOTAL A PAGAR S/ 80.80

SON: OCHENTA, Y 80/100 SOLES

EFFECTIVO S/ 80.80

RECIBIDO S/ 80.80

VUELTO S/ 0.00

CAJERO AIGNACIO

VENDEDOR AIGNACIO

CAJA/TURNO CAJA 07-11



Representación impresa de
BOLETA DE VENTA ELECTRONICA



ESPECIALISTAS MÉDICOS A DOMICILIO

FARMADELIVERY

De: Jenny Paola Castillo Garcia
Av. Tomas Marsano N° 3115 Urb. La Castellana
Lima - Lima - Santiago de Surco
Teléfono: 01 637-5610

R.U.C. 10415573176

BOLETA DE VENTA

001- № 007785

Fecha: 07 / 12 / 2022

Doc. Ident.

DESCRIPCIÓN	P. UNIT.	IMPORTE
OFS		199.80
TOTAL S/		199.80

CANCELADO

USUARIO

ROJAS ANGULO
21
al 10500
2023 F.I. 06-09-2022

Rp. Ernesta Larco Powers

① Azithromycin 500 mg / 1 tab #01

01/11/2020

② Fluimucil 600mg / Tablets
30. 6 tablets a day

01 tiplate efervescente delúdo en

0.1 vaso de aque. $\frac{c}{8hr} \leftarrow A$

③. Supplements problems of S.

03 enchanted delands
ne 3 ✓ die $\leq$ 7 avar

④ After exam 0.5 mg / Td and #10. 01 tablets
Conceded a false sue
07/12/2024 (2) 937016969

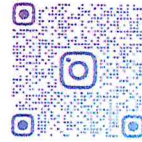
07/12/2024

Calle Los Milanos 123 Of. 201 San Isidro

Calle Los Milindos 123 Of. 201 San Isidro
Jr. Cruz del Sur 140 Of. 1304 Santiago de Surco

Av. Horacio Urteaga 1036 Jesús María

innovawongmd@gmail.com



DR. JULIÁN RAMÍREZ WONG
Ortopedia y Traumatología
CNP 32829 PNE 46586

Nombres y Apellidos: Larico Poma Ernesto Edad: _____ Tipo de Prestación _____

DNI 01816005 Especialidad: UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR VENTA ☐

Diagnóstico: SDRC CIE-10 N° de Comprobante

DATOS DEL MEDICAMENTO O INSUMO MÉDICO

N°	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica
01	<u>Suplemento proteico aminoacidos</u>		
02			
03	<u>03 cucharadas en 01</u>		
04	<u>02 veces al día</u>		
05			
06			

INDICACIONES

Cantidad	Dosis	Vías de Administración	Frecuencia	Duración
		<u>OFS</u>	<u>#04</u>	<u>frasco</u>
	<u>Varo de agua</u>		<u>Tomar</u>	
	<u>Manana</u>	<u>x</u>	<u>2mes</u>	
	<u>Tarde</u>			

FECHA DE EXPEDICIÓN
FECHA DE VALIDEZ

06
12
2024

Firma y sello / Col. Profesional



Usuario

Nombres y Apellidos: Larico Poma Ernesto Edad: _____ Tipo de Prestación _____

DNI 01816005 Especialidad: UNIDAD DE TRATAMIENTO DEL DOLOR VENTA ☐

Diagnóstico: SDRC CIE-10 N° de Comprobante

DATOS DEL MEDICAMENTO O INSUMO MÉDICO

N°	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica
01	<u>Flvimucil sobre (polvo)</u>		
02	<u>Tablete efervescente</u>		
03			
04		<u>Usar</u>	
05		<u>diluido en</u>	
06		<u>02 veces al día</u>	

INDICACIONES

Cantidad	Dosis	Vías de Administración	Frecuencia	Duración
	<u>600mg</u>	<u>#</u>	<u>20</u>	
	<u>01 sobre o una tablete</u>			
	<u>01 varo de agua</u>		<u>Tomar</u>	
	<u>Manana</u>			
	<u>Tarde</u>			

FECHA DE EXPEDICIÓN

Firma y sello / Col. Profesional

