

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
UNIDAD EJECUTIVA LOCAL
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIA

3-F 12 FEB 2025

EXPEDIENTE N° 1893

HORA: 11:12 FIRMA: *el*

R.H.

Solicito: justificar mi inasistencia por motivos de salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO.

Yo Alizon Richard TITO BUSTINZA, Identificado con DNI. N° 40042184, con dirección domiciliaria en el Jr. Independencia 1045 cercado Yunguyo. Ante usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, en mi condición de personal administrativo nombrado, al amparo del Art. 2º inc. 2º de la constitución política del Perú, así mismo amparado por el DL.276 y su respectivo reglamento, que encontrándome delicado de salud, y estar con descanso médico y me es imposible poder asistir con normalidad y desempeñar mis labores habituales, desde el 10, 11, 12, por tal razón es que solicito se me otorgue el permiso correspondiente. Para mayor veracidad adjunto certificado médico y documentos de atención

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted señor director acceder a mi solicitud por ser de justicia y legal.

Yunguyo, 11 de enero de 2025.


Alizon Richard TITO BUSTINZA
PERSONAL ADMINISTRATIVO
UGEL Y.



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional XIV Puno

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° 079578

Certifica:

Que el señor Alizon Richard Tito Bustinza de 46 años de edad identificado con el DNI: 40042184 recibió atención médica por presentar un cuadro de deshidratación por vómitos y gastroenteritis, por lo cual recibió tratamiento endovenoso con antibióticos y soluciones de rehidratación los días 10, 11 y 12 de febrero del 2025

Es todo cuanto informo para fines convenientes del interesado
Atentamente:



Dra. Gloria Maldonado Despedillo
MÉDICO CIRUJANO
CMP 079578
MR. MEDICINA FAMILIAR



Fecha

12/02/2025

N° 0072637



CONSEJO NACIONAL

SALMON CORP

Alizon Richard Tito Bustanza

1. Nacl 0,9% 1000 a 60 gotas per 3 dias
2. Ciprofloxacina 400mg EV c/12h per 3 dias
3. Metoclopramida 10mg EV c/8h per 3 dias
4. Hioscine 20mg EV c/8h per 3 dias
5. Metamizol 1g EV c/8h per 3 dias
6. Ciprofloxacina 500mg vo c/12h per 4 dias mas
7. Hioscine 10mg vo c/8h per 4 dias mas

Dieta:

- Evitar comida alta en grasa o frituras
- Comer todo sancochado
- Tomar mucho liquido

10/02/2025



[Signature]
Dra. Gloria Magdalena Delgadillo
MEDICO CIRUJANO
C.R. 079578
MR. MEDICINA FAMILIAR