



"AÑO DE LA RECUPERACION Y LA CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA "

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA
YUNGUYO
OFICINA DE EDUCACIÓN BÁSICA
21 MAR 2025
03F
EXPEDIENTE 3357
HORA: 3:02 FIRMA: [Signature]

Yunguyo, 20 de Marzo del 2025.

OFICIO. N° 003- 2025 - UGEL-Y-AGP- P.C – PRONOEL.

SEÑOR

: MG Luis Marino CALCINA TITO
DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

- ESPECIALISTA EN RECURSOS HUMANOS.

ASUNTO

: SOLICITO JUSTIFICACION DE INASISTENCIA

Por medio del presente documento me dirijo a su digna Autoridad con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo solicitar justificación de inasistencia a mi centro de trabajo como Profesora Coordinadora, por tener problemas de Salud Bucal, por lo que tuvieron que extraer un molar, siendo atendida en forma particular, se me expidió el respectivo certificado Odontológico, con descanso por el día **martes 18 de Marzo del presente año**, adjunto Certificado Odontológico y receta Medica, esperando ser atendida en dicho pedido por ser justo y legal.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle las consideraciones más distinguidas de mi estima personal.

Atentamente.



[Signature]

Prof. Ruth Lidia Miranda Flores
COORDINADORA PRONOEL CICLO I
UGEL YUNGUYO



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

El que suscribe, Cirujano Dentista Narciso Edwin Gonzales Vilca

C.O.P. N° 29998

CERTIFICA:

Haber atendido a la Sra. Ruth Lidia Miranda Flores de 59 años de edad Identificado con DNI: 01287485 domiciliado en Totorani Puno, el cual acudió a Consulta Odontológica por presentar dolor intenso en un diente superior derecho.

Al Examen Clínico y Radiográfico se puede observar la Pieza 1.8 Semimpectada y con la mucosa Circundante inflamada; Se confirma el Diagnóstico de:
- "Pieza. cordel 1.8 Semimpectada y con Pericoronaritis"

Se procede a realizar la Exodoncia Quirúrgica; prescribiendo medicación Farmacológica.

Se recomienda Descanso Absoluto por (01) Un día Descanso 18 Marzo del presente.

Se expide el presente Certificado Odontológico a solicitud del interesado para los fines que crea conveniente.

17 de Marzo del 20 25

N°A **345494**



Firma
Dr. Narciso Edwin Gonzales Vilca
CIRUJANO DENTISTA

EL CERTIFICADO ODONTOLÓGICO DEBE SER EXPEDIDO Y FIRMADO
POR UN CIRUJANO DENTISTA COLEGIADO Y HABILITADO.

Escaneado con CamScanner



CENTRO DE ODONTOLOGÍA INTEGRAL

EGOVIDENT

Removiendo las Imágenes

INDICACIONES

PACIENTE: Ruth Lidia Miranda Flores.

RP/

* Amoxidal Duo 875 mg.
10 tab.
- tomar $\frac{1}{12}h.$ $\left\{ \begin{array}{l} 8:00 am. \\ 8:00 pm. \end{array} \right\} \times 5 \text{ días.}$

* Di- Profeket 150 mg.
08 tab.
- tomar $\frac{1}{12}h.$ $\left\{ \begin{array}{l} 8:00 am. \\ 8:00 pm. \end{array} \right\} \times 4 \text{ días.}$

17/03
2028



Dr. Narciso Edwin González Villan
CIRUJANO DENTISTA
COP 29998