

**SUMILLA: Solicito Justificación de tardanza
y adjunto documento sustentatorio**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
YUNGUYO.**

Atención: Director del Sistema Administrativo II.

Vicenta, COAQUIRA GOMEZ; identificada con DNI N°
01341386, Secretaria I del Área de Administración; a Ud.,
respetuosamente, digo:

Que, mediante la presente solicito por intermedio de su
despacho la justificación de mi tardanza en el marcado de mi asistencia al centro de trabajo del
día lunes 24 de marzo del año en curso, ya que tuve percances particulares de índole familiar que
atender, por tal motivo solicito la justificación, cuyo tiempo de tardanza será recuperado el mismo
día, con trabajo en sobretiempo lo cual se reflejará en el marcado del reloj digital.

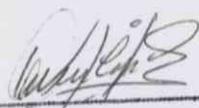
Asimismo, adjunto mediante la presente el documento
de atención medica de fecha 21 de marzo, día que solicite permiso laboral por motivos de salud.

POR LO EXPUESTO:

A Usted Señor Director, pido acceder a mi petición, por estar dentro de lo legal.

ANEXOS:

- Constancia de ESSALUD.
- Copia de receta medica


Vicenta Coaquira Gomez
SECRETARIA I
UGEL-308 EDUCACIÓN YUNGUYO

MINISTERIO DE EDUCACION	
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTIVA A 308	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
F-2	24 MAR 2025
EXPEDIENTE N°	3418
HORA: 3:58	FIRMA: 

CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): Coaguira Gomez Vicenta

Seguro N°: 7701220

Atendido en el Consultorio de: Medicina Interna

por el Dr. (a): Dr. Soza

el día: 21- marzo 2025 TURNO NOYANA

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

Dr. Mario Soza Carpio

MEDICINA INTERNA

CMP 22014

HOSPITAL BASE III - PUNO

RED ASISTENCIAL PUNO

FIRMA Y SELLO

No. DE ORDEN: **1506607** FECHA EMISION: **21/03/2025**

H.III PUNO

CEXT

MEDICINA INTERNA

FARMACIA CONSULTA EXTERNA 1

ASEGU.: COAQUIRA GOMEZ VICENTA

EDAD: 48 años 1 mes 27 días

AUTOG.: 7701220CQGEV008

H/C: 105429

ACT.MED. 2519778 DOC.ID: D.N.T. 01341386

VIGENCIA: 20/04/25

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		IBUPROFENO 400 MG	15	TB	30,00
Via Admin. ORAL					
Ind: UNA TABLETA DESAYUNO Y CENA, NO TOMAR SI NO HAY DOLOR					
2		ORFENADRINA CITRATO 100 MG (LIBERACIÓN PROLONGA)	10	TB	20,00
Via Admin. ORAL					
Ind: UNA TABLETA DESAYUNO Y CENA					
3		GABAPENTINA 300 MG	15	TB	15,00
Via Admin. ORAL					
Ind: UNA TABLETA AL ACOSTARSE					
4		TIAMINA CLORHIDRATO 100 MG	15	TB	15,00
Via Admin. ORAL					
Ind: UNA TABLETA CON EL DESAYUNO					
5		POMADA SALICILADA X 30 G	7	POT	1,00
Ind: APLICACION TOPICA X LA NOCHE					

MEDICO: 22014 SOZA CARPIO MARIO BUENAVENTURA

Dr. Mario Soza Carpio

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

ACTÚA CONTRA EL DENGUE. ¡ELIMINA AL ZANCUDD!

USUARIO: 29496857 FEC.IMP: 21/03/25

HORA: 09:29:08