**Sumilla:** Solicito justificación de inasistencia por CITT.

**SEÑOR DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO – UGEL-Y**

JUAN CARLOS RAMOS CALSIN, identificado con DNI N° 40880316 con domicilio real en el Distrito, Provincia y Departamento de Puno, a usted en atenta forma digo:

Que, en amparo a lo dispuesto en el art. N° 2, inciso 20 de la Constitución Política del Perú derecho a peticionar, recurro a su despacho con la finalidad de solicitar justificación de inasistencia por motivos de salud ocasionados por hecho fortuito durante el mes de enero de 2025. Luego de la evaluación por el profesional médico correspondiente en el área de traumatología y teniendo que esperar el diagnóstico y tratamiento de medicina física es que aún no puedo concurrir al centro laboral por descanso médico del 04/04/25 al 19/04/25 acreditado con CITT N° A-140-00012254-25.

**POR LO EXPUESTO:**

Pido a Ud. Pido acceder a mi petición por ser de justicia.

Puno, 05 de abril de 2025.

**Anexo.**

1.a. Copia de CITT N° A-140-00012254-25

---

Juan Carlos Ramos Calsín

Formulario 8003 - I

USUARIO

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

**EE.SS:** 140 - H.III PUNO

**CITT No. :** A-140-00012254-25

**Acto Medico:** 2543896
**Servicio:** B81 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

**Nombre Asegurado:** RAMOS CALSIN JUAN CARLOS
**Doc. de Identidad:** D.N.I. 40880316
**Autogenerado:** 7811071ROCSJ005

**Tipo de Atencion:** CONSULTA EXTERNA
**Contingencia:** ACCIDENTE COMUN
**Med. Control:**
**F. Prob. de Parto:**

**PERIODO INCAPACIDAD**
**Fecha de Inicio:** 04/04/2025
**Fecha Fin:** 19/04/2025
**Total de Dias:** 16
**F. de Dtorgamiento:** 04/04/2025

**DIAS ACUMULADOS**
**Consecutivos:** 73
**No Consecutivos:** 30

**PP.S$. Tratante** MEDICO 33648
CHURATA RAMOS CARLOS

**RUC:** 20406267190

**OBSERVACIONES**

**Dias de Incapacidad Temporal Acumulado:** 136

Usuario: CHURATA RAMOS CARLOS JACINTO
Fecha: 04/04/2025 Hora: 09:12:18

Dr. Carlos Churata Ramos
CMP. 33648 - RNE. 21
TRAUMATOLOGO