Sumilla: Solicito justificación de inasistencia por CITT.

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

MINISTERIO DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 306
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO
F-2
23 ABR 2025
EXPEDIENTE N° 4417
HORA: 10:19 FIRMA:

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 21/04/25 al 04/05/25 acreditado con CITT N° A-140-00012665-25.

POR LO EXPUESTO:

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

Puno, 21 de abril de 2025.

Anexo.

1.a. Copia de CITT N° A-140-00012665-25

Juan Carlos Ramos Calsín

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : **A-140-00012665-25**

Acto Medico: 2565157
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: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD
Fecha de Inicio: 21/04/2025
Fecha Fin: 04/05/2025
Total de Dias: 14
F. de Otorgamiento: 21/04/2025

DIAS ACUMULADOS
Consecutivos: 14
No Consecutivos: 103

PP.SS. Tratante: MEDICO 42365
ESPINOZA PARI JANET

RUC: 20406267190

OBSERVACIONES
Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 150

Asegurado en COMECI

Usuario: ESPINOZA PARI JANET LOURDES
Fecha: 21/04/2025 Hora: 15:13:08