

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

SOLICITO: LICENCIA POR SALUD

Sr. DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

Mg. Luis Marino Calcina Tito

Yo, **Josefina Garcia Yapuchura**,
identificada con **DNI N° 01824239**,
domiciliado en Jr. Arica 833, me presento
ante usted con el debido respeto y expongo:

Que, por motivo de tener certificado de incapacidad temporal para el trabajo por Fractura de epífisis de radio, seguido de hospitalización y cirugía, no podre reincorporarme a mis labores.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted señora Directora, acceder a mi pedido por ser de ley y aprovecho para expresarle mi gratitud.

ADJUNTO:

- Constancia de atención desde el día 22/04/25 hasta la actualidad
- Hospitalización en cirugía especialidades - Informe de alta
- Certificado de incapacidad temporal para el trabajo total de 30 días
- Cita de Ortopedia y traumatología 12/05/2025

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
DIRECCIÓN DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTIVA A 308	
OFICINA TRÁMITE P. CONTARIO	
F-4 06 MAY 2025	
EXPEDIENTE N°	4758
HORA: 2:12	FIRMA: 

Yunguyo, 06 Mayo del 2025.


Josefina García Yapuchura
DNI N°: 01824239

CONSTANCIA DE ATENCION

El asegurado (a): Gariga Yarina Jofina

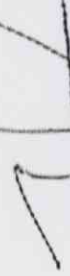
Seguro N°: DNI D1924239

Atención en el consultorio de: Hospitalizada en el servicio Ortopedia y Traumatología

Por el Dr. (a): Dr. Carlos Cruzata Ramo

El día: Desde el día 22/04/25 - Hasta la actualidad

Se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCIÓN a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente


Dr. Carlos Cruzata Ramo
C.O.P. N° 21905
TRAUMATOLOGO

FIRMA Y SELLO

5/5/25, 10:41

Tick



EsSalud

Cerrar

H.III PUNO

CEXT - ORTOPED.Y TRAUMATOL.

Fecha de la Cita : **12/05/2025**
Hora de la Cita : **14:00**
Prof.Asistencial : **LOAYZA COILA CARLOS**
Consultorio : **0010**
Orden / Total : **1 / 20**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **GARCIA YAPUCHURA JOSEFINA**
Historia Clinica : **Nro 138327**
Autogenerado : **6111260GCRYUJ003**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **2599289 VOLUNTARIA NORMAL**

Terminalista : **FUYO GOMEZ SANCHEZ CARLOS**
Fecha : **05/05/2025 Hora : 10:42:02**

**ACUDE SIN CITA A CUALQUIER VACUNATORIO
POR TU SALUD Y TU FAMILIA, ¡VACÚNATE!**

Formulario B003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : **A-140-00012932-25**

Acto Medico: 2581102 - 10

Servicio: 881 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: GARCIA YAPUCHURA JOSEFINA

Doc. de Identidad: D.N.I. 01824239

Autogenerado: 6111260GCYUJ003

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 22/04/2025

Fecha Fin: 21/05/2025

Total de Días: 30

F. de Otorgamiento: 01/05/2025

DÍAS ACUMULADOS

Consecutivos: 30

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 65762
LOAYZA COILA CARLOS

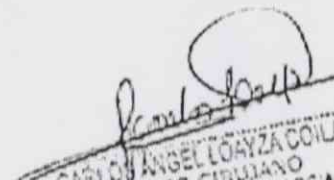
RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 44

Usuario: LOAYZA COILA CARLOS ANGEL

Fecha: 01/05/2025 Hora: 08:50:51


CARLOS ANGEL LOAYZA COILA
MEDICO CIRUJANO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
CNP 65762 DNE 00000