

**SUMILLA: JUSTIFICACION DE INASISTENCIA Y
REGULARIZO DOCUMENTO.**

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

Atención: Director del Sistema Administrativo II.

MINISTERIO DE EDUCACION	
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 308	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
F-4 27 MAY 2025	
EXPEDIENTE N°	5336
HORA: 2:54 PM	FIRMA: 

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

Que, mediante la presente me dirijo a usted, con la finalidad de manifestarle que, en fecha 26 de mayo del año en curso no he podido asistir a mi centro de trabajo por motivos de salud, ya que debía asistir a la cita médica programada para tal fecha en el Hospital III de ESSALUD de la ciudad de Puno, por tal razón solicito por intermedio de su despacho la justificación de inasistencia, para lo cual adjunto el respectivo documento que sustenta mi petición. Asimismo, mediante solicitud adjuntar a mi petición de permiso laboral por motivos de salud del día 12 de mayo del año en curso.

POR LO EXPUESTO:

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

ANEXOS:

- Constancia de atención de fecha 26 de mayo.
- Constancia de atención de fecha 12 de mayo

Yunguyo, 27 de mayo del 2025.


.....
Vicenta Coaquira Gomez
SECRETARIA I
UGEL-308 EDUC. YUNGUYO

CONSTANCIA DE ATENCION

El asegurado (a): Caguira Gomez Uicenh

Seguro N°: _____

Atención en el consultorio de: Samaliquin

Por el Dr. (a): _____

El día: 12-05-2025

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

FIRMA Y SELLO



No. DE ORDEN: **1552158** FECHA EMISION: **12/05/2025**
H.III PUNO

CEXT

REUMATOLOGIA

FARMACIA CONSULTA EXTERNA 1

ASEGU.: COAQUIRA GOMEZ VICENTA

EDAD: 48años 3mes 20dias

AUTOG.: 7701220C0GGEV008

H/C: 105429

ACT.MED.: 2603801 DOC.ID: D.N.I.: 01341386 VIGENCIA: 11/06/25

No. CODIGO DENOMINACION

DIAS UM CANT.

1 INDOMETACINA 25 MG

15 TB 30,00

Via Admin. ORAL

Ind: 1 CADA 12 HORAS DESPUES DE ALIMENTOS

2 GABAPENTINA 300 MG

15 TB 15,00

Via Admin. ORAL

Ind: 1 X DIA NOCHE

3 POMADA SALICILADA X 30 G

7 POT 1,00

Ind: FROTAR EN ZONA AFECTADA

MEDICO: 44321

SARMIENTO VELASQUEZ OSCAR



FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

ACTÚA CONTRA EL DENEGUE, ¡ELIMINA AL ZANCUDO!

USUARIO: 01328651

FEC.IMP: 12/05/25

HORA:

11:38:05

