

SUMILLA: Solicito permiso laboral por motivos de salud.

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-2 27 MAY 2025

EXPEDIENTE N° 5337

HORA: 2:55 PM FIRMA: 

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

Que, por medio de la presente me dirijo a usted, con la finalidad de comunicarle que la suscrita debo ausentarme de mi centro de trabajo por motivos de realizarme procedimiento médico en el Hospital III de ESSALUD de la ciudad de Puno, motivo por el cual solicito permiso para el día miércoles 28 de mayo del año en curso, todo ello teniendo en consideración el tiempo y la distancia para acudir a dicho establecimiento de salud, que de ser necesario y previo acuerdo con su autoridad para compensar el tiempo dejado de laborar por motivo de traslado; posteriormente adjuntare los documentos que sustenten mi petición, todo ello en amparo de la R.M. N° 571-94-ED, y demás normas en materia de licencias y permisos.

POR LO EXPUESTO:

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

ANEXOS:

- Copia de orden de procedimiento médico.

Yunguyo, 27 de mayo del 2025.


.....
Vicenta Coaquira Gomez
SECRETARIA I
O.F.T.-308 EDUC. YUNGUYO

DENSITOMETRÍA

FECHA	HORA
28 Mayo 2025	8:45 AM

INDICACIONES

VENIR CON ROPA COMODA (BUZO) Y
NADA METÁLICO.

DESPÚES DE 20 DIAS DE SU ATENCIÓN SACAR CITA CON
SU MÉDICO TRATANTE VIA ESSALUD EN LINEA (051-
599090)

12/5/25, 11:42

ESSALUD



Reporte de Exámenes Auxiliares

SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

H. III PUN

12/05/25
Lic. Beltrario
0-1: 30PM

Nombre y Apellidos Paciente
Documento de Identidad
Tipo de Seguro
Plan de Salud
Año Médico
Área Hospitalaria
Profesional Médico

COAQUIRA GOMEZ VICENTA
D.N.I. 01341386
OBLIGATORIO

2603801
CONSULTA EXTERNA
SARMENTO VELASQUEZ OMAR Colegiatura:
44321

Nro. de Solicitud 328104 Tipo Examen IMG Fecha 12/05/2025 Hora 11:35

Nro de Historia Clínica
Autogenerado
Sexo
Edad
Fecha de Atención
Servicio Hospitalario
Actividad Especifica

105429
7701220CQGEV008
FEMENINO
12/05/2025
REUMATOLOGIA
CONSULTA MEDICA

Melany N. Cruz Romo
Módulo y Atención al Asesora

20 H ✓

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Departamento
Dirección
Referencia
Código

950820562ENTEL

Teléfono Fijo

Distrito

E-Mail

LA FOTOGRAFIA DE LA OPERADORA DE MODULOS

Área Examen Auxiliar

ESTUDIOS OSEOS / ARTICULACIONES
DENSITOMETRÍA OSEA FOTON
78351

Indicaciones

ABSORCIOMETRÍA CON DOBLE

0132663 12/05/2025 11:35:55

[Handwritten signature]