

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 petionar, recorro a su despacho con la finalidad de solicitar justificación de inasistencia por fractura. En fecha anterior, sufrí un accidente que resultó en fractura de tibia y peroné, condición médica debidamente diagnosticada y tratada por ESSALUD. Derivado de lo anterior, la instancia correspondiente me otorgó el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) N° N° A-140-00013975-25, el cual certifica mi imposibilidad de laborar por el período comprendido entre el 04/06/25 al 23/06/25. Con anterioridad, y como parte del mismo proceso de tratamiento y recuperación de la fractura mencionada, ESSALUD me emitió varios CITT adicionales en las especialidades de Ortopedia y Traumatología, así como en Medicina Física y Rehabilitación. Estos certificados cubren períodos consecutivos/inmediatamente anteriores al actual CITT N° N° A-140-00013975-25.

A la fecha, me encuentro aún en proceso de recuperación y rehabilitación, sujeto al tratamiento indicado por los especialistas de ESSALUD, lo que me imposibilita física y médicamente para reincorporarme a mis labores amparado bajo el Principio Protectorio del Derecho Laboral peruano, así como el Principio de Primacía de la realidad.

POR LO EXPUESTO:

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

Puno, 05 de junio de 2025.

Anexo.

1.a. Copia de CITT N° A-140-00013975-25

Juan Carlos Ramos Calsín

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No. : **A-140-00013975-25**
Acto Medico: 2651591
Servicio: B81 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: RAMOS CALSIN JUAN CARLOS
Dec. 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: 04/06/2025
Fecha Fin: 23/06/2025
Total de Días: 20
F.de Otorgamiento: 04/06/2025

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 34
No Consecutivos: 130

PP.SS. Tratante MEDICO 60395
LUVE JALIRI YENY

RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

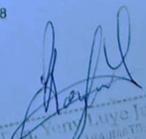
Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 197

Incapacidad Temporal

Usuario: LUVE JALIRI YENY

Fecha: 04/06/2025

Hora: 16:31:58


LUVE JALIRI YENY
M.P. ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
ESCALON H. III PUNO