

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
UGF YUNGUYO	
I.E.S. "ALTO ALIANZA"	
Fecha:	25 03 2025
Expediente:	14
Hors:	9.0 Firma: 

**SOLICITO: JUSTIFICACIÓN DE MI
INASISTENCIA POR MOTIVOS DE
SALUD**

**SEÑOR DIRECTOR IES "ALTO ALIANZA" - YUNGUYO.
LIC. JOSE D. COAQUIRA HERMOSA**

Yo, Carmen Villalta Gutierrez, Identificado con DNI. 01319259, con domicilio en el Jr. Lima 228 provincia de Yunguyo de la región puno; ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo.

Es grato dirigirme a Usted señor director de la Institución Educativa ~~Secundaria~~ "Alto Alianza" de la provincia de Yunguyo, la finalidad de la presente es para justificar mi inasistencia como docente por horas de la IESTI "Alto Alianza" por la razón siguiente:

Que, por motivos de salud, desde el día 18, 21 al 24 de marzo del 2025 no pude asistir a mi centro de trabajo, por estar mal de salud el mismo que adjunto Constancia de atención y Certificado de Incapacidad temporal.

Esperando su comprensión y sabiendo de su gran espíritu de solidaridad con las personas que lo necesitan acudo a su autoridad para que tome en consideración mi petición.

POR LO EXPUESTO:

Pido a Usted; Señor director dar trámite en mi solicitud por ser legal.

Yunguyo, 25 marzo del 2025



**LIC. CARMEN VILLALTA GUTIERREZ
DOCENTE POR HORAS**

EMERGENCIA



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): Vilalta Gutierrez Carmen

Seguro N°: 7306040V261C002

Atención en el consultorio de: Medicina

Por el Dr. (a): Yony Churata Ramos

El día: 18-03-25

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

Yony David Churata Ramos
FIRMA Y SELLO
C.M.P. 67032
HOSPITAL III PUNO
EsSalud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No. : **A-140-00011886-25**

Acto Medico: 2526050
Servicio: AC1 MEDICINA INTERNA

Nombre Asegurado: VILLALTA GUTIERREZ CARMEN
Doc. de Identidad: D.N.I. 01319259
Autogenerado: 7306040VLGIC002

Tipo de Atencion: EMERGENCIA
Confingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 21/03/2025
Fecha Fin: 24/03/2025
Total de Dias: 4
F. de Otorgamiento: 23/03/2025

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 4
No Consecutivos: 19
PP.SS. Tratante MEDICO 26115
HUAMAN FARFAN HECTOR
RUC: 20406267190

Dr. Hector Huaman Farfa
MEDICO ESPECIALISTA
C.M.P. 26115 R.N.E. 18886

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 80

Usuario: HUAMAN FARFAN HECTOR
Fecha: 23/03/2025 Hora: 10:42:16