



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 007781

1. Sumilla: Solicito Justificación
de inasistencia.

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos) ELVA DCHOA DIAZ

4. Cargo actual y Centro de Trabajo PROFESORA POR HORAS DE LA IES. "SAN SALVADOR" - TIUTARI - ANTA

29312017
5. D.N.I.

1029312017
6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.) Jr. AZOGUINI N° 232 - PUNO - CEL: 950899243.

8. Fundamentación del Pedido

Que estando delicada de Salud, el día 20 de mayo del
presente año no pude asistir a la UGEL EL COLLAO, don-
de Ud., dignamente dirige para lo cual adjunto los docu-
mentos de ley.

Por lo expuesto:

Recurro a su digna autoridad para
pedirle que ordene a quien corresponda justificar dicha ina-
sistencia por ser justa y legal.

9. Documentos que se adjuntan:

Certificado de inca-
pacidad Temporal para
el Trabajo emitido
por ESSALUD-puno

10. Lugar y Fecha: Puno 21 de mayo del 2024

11. Firma: [Firma]

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 414 - CAP III METROPOLITANO DE PUNO

CITT No.: A-414-00010170-24

Acto Médico: 534151

Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: OCHOA DIAZ ELVA

Doc. de Identidad: D.N.I. 29312017

Autogenerado: 6404160OODZE004

Tipo de Atención: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 20/05/2024

Fecha Fin: 20/05/2024

Total de Dias: 1

F. de Otorgamiento: 20/05/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 1

No Consecutivos: 5

PP.SS. Tratante MEDICO 39970
BEROLATTI OBANDO GIULIANA

RUC: 20406266207

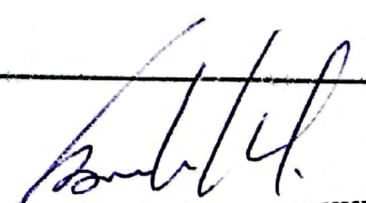
OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 123

Usuario: BEROLATTI OBANDO GIULIANA

Fecha: 20/05/2024

Hora: 10:26:03


DRA. GIULIANA Y. BEROLATTI OBANDO
CMP. 39970
EsSalud