

FOLIO: 02

Ilave, 05 de febrero del 2024.

OFICIO N° 005-2024-GR/DREP/UGELEC/AGP/EEI-E.

SEÑORA : Dra. Norka Belinda CCORI TORO.
DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO.

CC : ABOG. JUAN QUISPE LUPACA.
JEFE DE RECURSOS HUMANOS UGEL EL COLLAO.

ASUNTO : JUSTIFICO INASISTENCIA POR MOTIVOS DE SALUD Y ATENCIÓN
MEDICA.

REF. : LEY 29944 LEY DE REFORMA MAGISTERIAL.
RVM. N° 081-2023

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de expresarle un cordial saludo y al mismo tiempo hacer de su conocimiento que, el día Viernes 2 de febrero del presente año, no asistí a mi centro de labor por tener atención médica en ESSALUD (previa cita anticipada), motivo por el que JUSTIFICO mi inasistencia, amparada en el Art. 199° del Decreto Supremo N° 004-2013-ED, Reglamento de la **Ley de Reforma Magisterial**, regula los **permisos con goce** de remuneraciones, encontrándose entre ellos casos de salud.

- Constancia de Atención de ESSALUD.
- Referencia para atención a Hospital 3.

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas y éxitos en su gestión.

Atentamente,




Juana Cano Cahuana
ESPECIALISTA EN EDUCACIÓN
UGEL EL COLLAO



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín u Ayacucho"



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a): CAHO CAHUANA JUANA

Seguro N°: HC. 10530

Atendido en el Consultorio de: MODERNA

por el Dr.(a): Dr. Juan Cama C.

el día: 02-02-2024

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

Dr. Juan Cama C.
MÉDICO CIRUJANO CMP. 36280
CAP. III METROPOLITANO DE PUNO
RED ASISTENCIAL PUNO
Firma y Sello
EsSalud

FORMATO DE SOLICITUD REFERENCIA				Nro. 11964699	
Numero de Referencia <u>00169804</u>		EsSalud		Extrahospitalar	
DNI <u>02428857</u>		Centro de Origen CAP III METROPOLITANO DE PUNO		Organización	
Dia <u>2</u>		Servicio de Origen MEDICINA GENERAL		Area Destino	
Mes <u>2</u>		Servicio de Destino NEUROCIRUGIA		C.Externa ☒	
Año <u>2024</u>		Numero de Acto Medico <u>493981</u>		Hospitalización ☐	
		Tipo de Seguro OBLIGATORIO		Emergencia ☐	
				Ayuda Dx ☐	
I. Identificación del paciente					
Apellido paterno CANO		Edad 52 años			
Apellido materno CAHUANA		Sexo FEMENINO			
Nombres JUANA		Telefono Fijo			
Correo Electrónico		Telefono Celular 959818081			
II. Resumen de la historia clínica (signos y síntomas)					
PACIENTE, CONOCIDO POR EL SERVICIO, ACUDE A LA CONSULTA MEDICA, POR PRESENTAR DOLOR EN LA REGIÓN LUMBAR, IRRADIADO A LA REGIÓN SACRA, DOLOR QUE SE EXACERBA CON LOS ESFUERZOS Y LOS MOVIMIENTOS. REQUIERE CONTROL POR LA ESPECIALIDAD DE NEUROCIRUGIA.					
Resultados de Pruebas Diagnosticas:					
Diagnostico de referencia					
1	LUMBAGO NO ESPECIFICADO	Presuntivo	Definitivo	CIE 10	
2	TRASTORNO DE LOS DISCOS INTERVERTEBRALES, NO ESPECIFICADO	X		M54.5	
		X		M51.9	
Motivo de referencia CONSULTA MEDICA - EVALUACION DX. C.EXT.					
Tipo de transporte según prescripción médica					
Terrestre	Fluvial	Aereo	En caso de Transporte Aereo sustentar en el formato N°6		
Requiere Acompañante		Tipo de Acompañante	Familiar	Asistencia	
Sustento en caso requiere acompañante:					
III. Sustento del pasaje aéreo del paciente					
Procede ☐ Improcedente ☐					
IV. Sustento del pasaje aéreo para el acompañante					
Firma del Cargo de Rechazo de la Referencia					
Dr. Juan Cama C. MÉDICO CIRUJANO CMP. 36280 CAP. III METROPOLITANO DE PUNO RED ASISTENCIAL PUNO Firma del Médico Tristante					
Jefe de Servicio					