



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 002892

1. Sumilla: Solicito reprogramación de fecha de
Evaluación de Desempeño al Cargo Directivo

Señora Directora de la Ugel El Collao

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

Emma Nilda Navarro Serrano

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

Directora de La I.E.S Providencia

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

00489498

5. D.N.I.

1000489498

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.) Sr. P.M. Urbina Barrio Laicacota - Puno

8. Fundamentación del Pedido

Que encontrandome delicada de salud no me ha sido posible presentarme a la evaluación de entrevista al cargo de desempeño directivo de I.E. ante la comisión evaluadora de Directivo de La Ugel El Collao Motivo por el cual recurro a Ud., Señora Directora y a la comisión evaluadora de Directivos de La Ugel El Collao para solicitarle reprogramación de fecha para ser evaluado en el cargo directivo que me desempeño. Solicitud que peticiono por motivos de encontrarme delicado de salud y cuento con certificado medico particular con descanso médico los días 24, 25 de octubre del 2024. Así mismo indica que el certificado medico se encuentra en trámite de canje en ESSALUD que demorara 7 días me indicaron, quedandose todo los documentos originales; sin embargo adjunto las copias a presente solicitud con cargo a regularizar CIT por lo expuesto: ruego acceder a mi petición y justificación de

9. Documentos que se adjuntan: Inasistencia.

- Formulario de trámite de Gestión Multigrado ESSALUD
- Copia del certificado Médico, voucher consulta Médica
- Receta, Boleta y copia DNI.

10. Lugar y Fecha: Puno, 25 de octubre 2024

11. Firma:

[Handwritten Signature]

HOSPITAL III BASE PUNO

25 OCT 2023

RECEPCION

Hora: 11:17 Firma:



FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:

| | | |
|------------------|------------------|------------|
| NAVARRO | SERRANO | EMMA NILDA |
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |

D.N.I.: Carnet de Extranjería / Pasaporte N° 00489498 Teléfono fijo y/o Celular.: 935 979731

Domicilio: Pedro Urbina # 935 Departamento: PUNO Provincia: PUNO Distrito: PUNO

Correo electrónico:

II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):

| | | |
|---------------------------------|--|----------|
| Apellido Paterno | Apellido Materno | Nombres |
| D.N.I. <input type="checkbox"/> | Carnet de Extranjería / Pasaporte <input type="checkbox"/> | N° |

III. SERVICIO SOLICITADO:

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica <input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT <input type="checkbox"/> Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990 <input checked="" type="checkbox"/> Validación de Certificado Médico | <input type="checkbox"/> Informe Médico <input type="checkbox"/> Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud <input type="checkbox"/> Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo Otro: |
|---|---|

Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:

| | | |
|---|---|------------------------------|
| CONTINGENCIA <input type="checkbox"/> (Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formulario) | | |
| ATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA | | |
| Número de RUC | Razón Social | Trabajo habitual u ocupación |
| 20406266207 | UGEL - Collno | Docente Directivo |
| PERIODO A VALIDAR: | | |
| Del 24/10/24 | Al 25/10/24 | Total días 2 |
| DOCUMENTOS A PRESENTAR | Se adjunta <input type="checkbox"/> Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención | |

IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

| | | |
|---|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Copia simple | <input type="checkbox"/> Correo Electrónico* | Comprobante de Pago: |
| <input type="checkbox"/> Medio magnético* | <input type="checkbox"/> Otros: | Fecha: N° de comprobante: |

V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)

Marque con un aspa "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada

| | | | | |
|--|----|--|----|--|
| | SI | | NO | |
|--|----|--|----|--|

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA

| | |
|------------------------------|---------------------|
| N° de Documento de Identidad | Apellidos y nombres |
|------------------------------|---------------------|

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS

| | |
|---|---|
| Apellidos y nombres del titular o representante | Firma del titular o representante legal |
|---|---|

Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34º, numeral 34.3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 – Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: "En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, ésta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente".

*Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud

Texto Único de Procedimientos Administrativos - "SEGURO SOCIAL DE SALUD"

Denominación del Procedimiento Administrativo

"Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control"

Código: PE123299E43

Descripción del procedimiento

Procedimiento a través del cual toda persona, natural o jurídica, solicita información pública (información creada, obtenida, en posesión o bajo control de una entidad pública), sin expresar la causa de su pedido, y la recibe en la forma o medio solicitado, siempre que asuma el costo de su reproducción física o de manera gratuita cuando se solicite que esta sea entregada por medio virtual. El plazo de atención es de 10 días hábiles, sin embargo, cuando sea materialmente imposible cumplir con el plazo señalado debido a causas justificadas, por única vez la entidad comunica al solicitante la fecha en que proporcionará la información solicitada de forma debidamente fundamentada, en un plazo máximo de dos (2) días hábiles de recibido el pedido de información.

Requisitos

- 1.- Solicitud presentada vía formulario o documento que contenga la misma información.
- 2.- De corresponder, indicar número y fecha de comprobante de pago, en caso el pago se haya efectuado en la entidad. Si el pago se realizó en el Banco de la Nación u otra entidad financiera, adjuntar copia del comprobante de pago.

Notas:

- 1.- *Este requisito se presenta posteriormente al ingreso de la solicitud. La entidad a partir del sexto día hábil de presentada la solicitud, pone a disposición del ciudadano el costo de reproducción de la información requerida a cancelar.
- 2.- Solicitud de información dirigida al Responsable de Acceso a la Información Pública. En caso de que este no hubiese sido designado, la solicitud se dirige al funcionario que tiene en su poder la información requerida o al superior inmediato.
- 3.- La solicitud puede ser presentada a través del Portal de Transparencia de la Entidad, de forma personal ante la unidad de recepción documentaria, Mesa de Partes Digital o a través de otros canales creados para tal fin.
- 4.- La liquidación del costo de reproducción que contiene la información requerida estará a disposición del solicitante a partir del sexto día de presentada la solicitud. En tal supuesto, el ciudadano deberá acercarse a la entidad, cancelar el monto, a efectos que la entidad efectúe la reproducción de la información requerida y pueda poner a disposición la información dentro del plazo establecido legalmente.
- 5.- No se podrá negar información cuando se solicite que esta sea entregada en una determinada forma o medio, siempre que el solicitante asuma el costo que suponga el pedido.
- 6.- En caso de presentación de Recurso de Apelación, el plazo máximo de presentación es de 15 días hábiles, de conformidad al Precedente Vinculante emitido por el Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, según Resolución N° 010300772020. El plazo máximo de respuesta es de 10 días hábiles, contados a partir de la admisibilidad del recurso por el Tribunal de Transparencia y Acceso a la Información Pública, de conformidad con la Tercera Disposición Complementaria Modificatoria del Decreto Supremo N° 011-2018-JUS, que incorpora el artículo 16-B en el Reglamento de la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

Formularios

Formulario PDF: Solicitud de Acceso a la Información Pública creada u obtenida por la entidad, que se encuentre en su posesión o bajo su control. Ubicación: http://sut.pcm.gob.pe/sutArchivos/file_6161_20220510_164555.pdf

Canales de atención

Atención Presencial: Sede Central, Órganos Desconcentrados, órganos Prestadores Nacionales, Oficinas de Seguros y Prestaciones Económicas <http://www.essalud.gob.pe/direccion-de-la-entidad-y-telefonos/> <http://www.essalud.gob.pe/agencias-y-oficinas-de-seguros/>
Atención Virtual: Mesa de Partes Digital - EsSalud <https://mpv.essalud.gob.pe/>

Pago por derecho de tramitación

Copia simple formato A4 (por unidad)
Monto - S/ 0.10

Información en CD (por unidad)
Monto - S/ 1.00

Información por Correo Electrónico: gratuito
Monto - S/ 0.00

Modalidad de pagos

Caja de la Entidad
Efectivo:
Pago en soles en las Oficinas de Tesorería o las que hagan sus veces

Plazo de atención

10 días hábiles

Calificación del procedimiento

Evaluación previa- Silencio Administrativo Negativo: Si vencido el plazo de atención, no obtiene respuesta, puede interponer los recursos administrativos.

Sedes y horarios de atención



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional XIV Puno

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N°

Certifica:

CERTIFICADO MEDICO

El médico que suscribe certifica haber atendido a la Sra. NAVARRO SERRANO EMMA NILDA, identificada con DNI 00489498.

Quien refiere un cuadro de epistaxis anterior, es vista en la posta médica de Mazocruz. CIE-10 R04.0

Al examen, se observa varices septales activas.

Se procedió a una electrocuterización, previa anestesia tópica y local, se coloca un tapón anterior.

Se le indica descanso medico los días 24 y 25 de Octubre del 2024.

Puno, 24 de Octubre 2024

[Handwritten Signature]
Dr. W. ...
OTORRINOLARINGOLOGO
CMP 24626 RNE. 13595



N° 0061433

Fecha



CONSEJO NACIONAL

CLINICA "LAS KALAS"
JR. IACNA 886
PUNO
TEL. 051-354235
CEL. 950417240 972177363

CONSULTA MÉDICA

Paciente: NAVARRO SERRANO,
EMMA NILDA
Especialidad: OTORRINOLARINGOL
Médico: Dr. MUJICA, WILSON
Fecha: 2024-10-24
Hora: 13:00 Hrs.
Costo: S/. 70,00

Este ticket debe ser canjeado por un comprobante de pago.

*Impreso por
el 2024
a las 10:48*



DR. WILSON MUJICA SOLOGUREN

OTORRINOLARINGÓLOGO

C.M.P. 24620 - RNE 18535

CIRUGÍA ESTÉTICA Y FUNCIONAL DE LA NARIZ, SEPTOPLASTIAS,
MICROCIRUGÍA DE OÍDOS, DE LARINGE,
REDACCIÓN DE FRACTURAS NAALES, LAVADO DE OÍDO, AUDÍFONOS

Enma Nueva Servano

*. - Drog. - Episbaxis

- Acido tranexámico # 10ca
250

L M J x 5 dias

- Vitamine K # 01ca
Oplicer VM

12epos x 48h.

24
-
X
-
24


Dr. Wilson Mujica Sologuren
OTORRINOLARINGÓLOGO
C.M.P. 24620 RNE. 18535

CLÍNICA LAS KALAS
Jr. Tacna N° 890 Of. 301 - Puno

Horario de Atención:
Lunes a Viernes 12:00 m. a 14:00 p.m.
Cel. 951 921 783



CLINICA "Las Kalas"

S.A.C.

Jr. Tacna N° 890 - Puno Cel.: 950417240

† Salud † Vida

ORDEN DE SERVICIO

N° 001769

Sr.(a): Emma Nakoro Serrano

La Cantidad de : Acido transtansico (2) Soles

Por concepto de : vitamina K 1 jersey de gym

IM

Puno, 24 de octubre del 2024

Total S/ 25.50

