

"Año Del Bicentenario Dela Consolidacionm de Nuestra Independencia Y De La Conmemoracion De Las Heroicas Batallas De Junin Y Ayacucho"

SOLICITO: JUSTIFICACION DE INASISTENCIA.

SEÑORA DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO - ILAVE

YO; SONIA MARCA MAMANI; Identificado con DNI N° 01872939 con domicilio actual en la ciudad de PUNO – salcedo Coop. Pro. Vivienda de Transportes MZ B LT 18 Actual docente con encargatura de función en la Institucion Educativa Inicial N° 316 Ullacachi del distrito de Ilave Provincia de El collao. En caso de observaciones se me notifique al siguiente correo: soniamarcamamani@gmail.com.

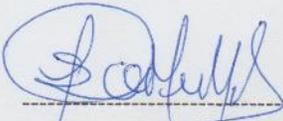
Ante usted me presento y expongo;

Que; encontrandome mal de salud y no asistir a mis labores normales con descanso medico y contando con certificado de incapacidad temporal los dias 30 y 31 de octubre; solicito se me justifique mi inasistencia de acuerdo a las normas vigentes para su procedimiento. Para tal efcto adjunto a la presente copia del certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

POR LO EXPUESTO:

Ruego austed; acceder a mi peticion por ser justo y legal.

Ilave – 04 de noviembre del 2024


SONIA MARCA MAMANI
DNI N° 01872939

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No. : **A-140-00018551-24**

Acto Medico: 2319897
Servicio: B81 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: MARCA MAMANI SONIA
Doc. de Identidad: D.N.I. 01872939
Autogenerado: 7612270MCMAS006

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: ACCIDENTE COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/10/2024
Fecha Fin: 31/10/2024
Total de Dias: 2
F. de Dtorgamiento: 30/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 2
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 33648
CHURATA RAMOS CARLOS
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 10

Usuario: CHURATA RAMOS CARLOS JACINTO
Fecha: 30/10/2024 Hora: 17:01:41

Dr. Carlos Churata Ramos
C.A. 12345 - RNE. 210 S
TEL. 00000000