

SOLICITO: Solicito Licencia por salud

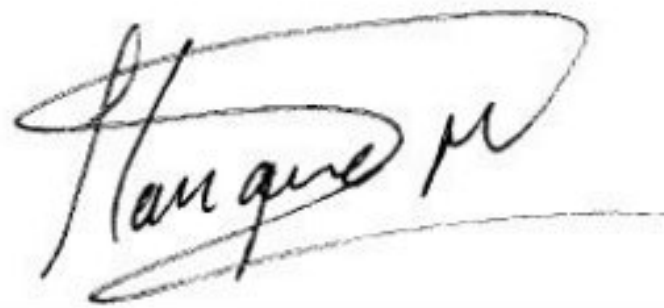
Sra. DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JB CAMICACHI

YO, LANQUE MAMANI, Zaida, identificado con DNI. N° 01320422, domiciliado en: JR. 4 de Noviembre N° 789, con N° de CEL. 992326386, E-mail – niqueda@gmail.com, Provincia y Departamento de Puno, ante Ud. Con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, encontrándome delicada de salud a consecuencia que el día 19 del presente mes me intervinieron quirúrgicamente por un problema renal, Es por eso solicito 20 días de descanso a pesar que el medico indica 30 días de descanso según certificado médico.

Ruego a Usted Señora director, acceder a mi petición por ser justa y legal.

Camicachi, 21 de marzo del 2024



LLANQUE MAMANI, Zaida
DNI 01320422



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional XIV Puno

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N°46234

Certifica:

Haber atendido e intervenido quirúrgicamente a la señora: Zaida Hlangue Mamari, de 50 años de edad, por los siguientes diagnósticos:

- 1) Litiasis ureteral izquierda
- 2) Hidronefrosis izquierda.

Motivos por los que se realiza la cirugía:

Ureteroscopia flexible izquierda más

litotripiá - laser holmium, teniendo evolución adecuada se le sugiere tratamiento

y controles en forma periódica, sugiriéndose además descanso Médico por 30 días.



Stentamente

Fecha20-03-24

N° 0051818



Juan Carlos Ramos Maza
UROLOGO
CMP. 46234 NE 268
CLINICA UROLOGIA SAN CARLOS

20