

GOBIERNO REGIONAL PUNO DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO



"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

SOLICITO: JUSTIFICAR MI INASISTENCIA

SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO.

YO, Willy Maquera Chino Identificado con DNI N° 47936492 con domicilio real en Jr. Loreto N° 635 de la ciudad de Ilave. Ante Ud. Respetuosamente me presento y expongo:

Que, por intermedio de la presente recurro a su digno despacho para solicitar LA JUSTIFICACION POR MI INASISTENCIA POR MOTIVOS DE SALUD los días martes 18, miércoles 19, jueves 20 y viernes 21 del presente año; Por lo que suplico su comprensión.

ADJUNTO:

- Copia de DNI
- 2. Certificado de incapacidad temporal para el trabajo
- 3. Receta Medica

POR LO EXPUESTO

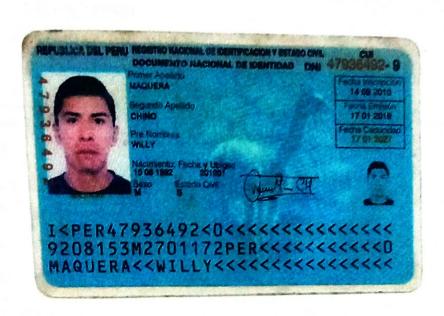
Ruego a usted Señora directora Acceder a

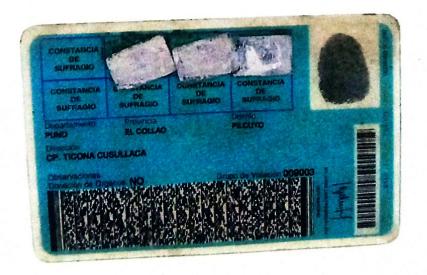
mi solicitud por ser de justicia.

llave, 24 de Marzo de 2025

WILLY MAQUERA CHINO

DNI: 47936492





F&mulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EES:

140 - H.III PUNO

OFT No. :

A-140-00011818-25

Ato Medico:

2526024 - 3

sevicio:

AF1 NEUROLOGIA

Nenbre Asegurado:

MAQUERA CHINO WILLY

pe. de Identidad:

D.N.I.

47936492

Atogenerado:

9208151MUCNW000

pp de Atencion:

HOSPITALIZACION

eatingencia:

ENFERMEDAD COMUN

ad. Control:

Prob. de Parto:

PRIODO INCAPACIDAD

rcha de Inicio:

18/03/2025

cha Fin:

21/03/2025

tal de Dias:

4

rde Otorgamiento:

20/03/2025

& ACUMULADOS

ensecutivos:

4

QConsecutivos:

0

₯\$S. Tratante

MEDICO

44081

INQUILLA CASTILLO HUBERT

14:

20406266207

ERVACIONES

🚒 de Incapacidad Temporal Acumulado:

4

syario:

INQUILLA CASTILLO HUBERT JOSUE

etha:

20/03/2025

Hora:

a: 09:30:37

CMP ACTS
THE DEL SERVICE OF MEDICAN PSOAT REPUBLICACION

THE ESSOLUCION

No. DE ORDEN: 1505533 FECHA EMISION: 20/03/2025 H.III PUNO HOSP FARMACIA DOSIS UNITARIA **NEUROLOGIA** ASEGU: MAQUERA CHINO WILLY EDAD: 32años 7mes 4dias H/C: 239721 AUTOG .: 9208151MUCNW000 VIGENCIA: 21/03/25 ACT.MED. 2526024 DOC.ID: D.N.I. 47936492 No. CODIGO DENOMINACION DIAS UM/FF CANT. 10 TB 20.00 1 PARACETAMOL 500 MG Via Admin, ORAL ind: PARACETAMOL 1G CADA 12 HRS VO X 3 DIAS LUEGO SOLO SI HAY DOLOR INTENSO ² OMEPRAZOL 20 MG DE LIBERACIÓN RETARDADA 10 CP 10,00 Via Admin. ORAL ind: OMEFRAZOL 20MG CADA 24 HRS VO X 10 DIAS 3 CLONAZEPAM 2 MG 30 TB 30,00 Via Admin. ORAL. Ind: CLONAZERAM X 2 MG, 1/2 TAB CADA 24 HRS VO (POR LAS NOCHES) X 30 DIAS 4 FLUOXETINA (COMO CLOHIDRATO) 20 MG 30 TB 30,00 Via Admin, ORAL Ind: FLUCKETINA X 20MG CADA 24 HRS VO (POR LAS MAÑANAS) X 30 DIAS

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
ACTÚA CONTRA EL DENGUE. ¡ELIMINA AL ZANCUDO!

INQUILLA CASTILLO HUBERT JOSUE

USUARIO: 01342634 FEC.IMP: 20/03/25 HORA: 09:30:17

MEDICO: 44081