



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:

1. 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.

Ilave, 24 de Marzo de 2025

WILLY MAQUERA CHINO

DNI: 47936492

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

ESS: 140 - H.III PUNO

OT No.: A-140-00011818-25

Atto Medico: 2526024 - 3

Servicio: AF1 NEUROLOGIA

Nombre Asegurado: MAQUERA CHINO WILLY

De. de Identidad: D.N.I. 47936492

Atto generado: 9208151MUCNW000

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Ml. Control:

Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 18/03/2025

Fecha Fin: 21/03/2025

Total de Dias: 4

Fecha de Otorgamiento: 20/03/2025

DÍAS ACUMULADOS

Consecutivos: 4

No Consecutivos: 0

Médico Tratante MEDICO 44081
INQUILLA CASTILLO HUBERT

C.I.: 20406266207

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 4

Usuario: INQUILLA CASTILLO HUBERT JOSUE

Fecha: 20/03/2025

Hora: 09:30:37

5

No. DE ORDEN:

1505533 FECHA EMISION: 20/03/2025

H.III PUNO

HOSP

A

NEUROLOGIA

FARMACIA DOSIS UNITARIA

ASEGU.: MAQUERA CHINO WILLY

EDAD: 32años 7mes 4dias

AUTOG.: 9208151MUCNW000

H/C: 239721

S ACT.MED. 2526024 DOC.ID: D.N.I. 47936492

VIGENCIA: 21/03/25

T. No. CODIGO DENOMINACION DIAS UM/FF CANT.

1 PARACETAMOL 500 MG

10 TB 20,00

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: OMEPRAZOL 20MG CADA 24 HRS VO X 10 DIAS

3 CLONAZEPAM 2 MG

30 TB 30,00

Via Admin. ORAL

Ind: CLONAZEPAM 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: FLUOXETINA X 20MG CADA 24 HRS VO (POR LAS MAÑANAS) X 30 DIAS

MEDICO: 44081

INQUILLA CASTILLO HUBERT JOSUE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

ACTÚA CONTRA EL DENGUE. ¡ELIMINA AL ZANCUDO!

USUARIO: 01342634

FEC.IMP: 20/03/25

HORA:

09:30:17