

“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”

SOLICITO: JUSTIFICACIÓN INASISTENCIA

Señora:

María Carolina Pérez Tello

DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO DRE SAN MARTIN

(Dirigido a Recursos Humanos)

Yo: **ELIZABETH CONTRERAS PAQUIRACHIN**, Identificada con **DNI N° 27752693**, Docente de la I.E. N° 0542 - Nueva Pacaypampa, del distrito San Martín de Alao, provincia de San José de Sisa, ante usted con el debido respeto me presento y expongo.

Que, habiendo solicitado con anterioridad y de manera verbal ante el despacho del área de recursos humanos con el profesor James, emito mi solicitud por escrito para justificar de manera formal los días de inasistencia por motivos de Salud con lo que justifico adjuntando constancia de atención, y descansos médicos que me han sido entregados en Essalud, desde el día 31 de Julio hasta el 01 de Agosto del 2023, tal como consta en mi descanso médico.

Acudo a usted teniendo en cuenta su espíritu humanitario de tal manera que no afecte mi remuneración, Dios guarde a Ud.

Se adjunta

Copia de DNI.
Descansos médicos.
Recetas médicas.

Moyobamba, 31 de julio del 2023.

Atentamente;



ELIZABETH CONTRERAS PAQUIRACHIN
DNI N° 27752693

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 281 - H.I ALTO MAYO
CITT No. : **A-281-00013472-23**

Acto Medico: 997709
Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: CONTRERAS PAQUIRACHIN ELIZABETH
Doc. de Identidad: D.N.I. 27752693
Autogenerado: 7804200CTPUE000

Tipo de Atencion: EMERGENCIA
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 31/07/2023
Fecha Fin: 01/08/2023
Total de Dias: 2
F. de Otorgamiento: 31/07/2023

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 2
No Consecutivos: 5

PP.SS. Tratante MEDICO 92069
AREDO TISNADO ARON

RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 48

Usuario: AREDO TISNADO ARON CARMELO
Fecha: 31/07/2023 Hora: 11:18:17

No. DE ORDEN: 532577 FECHA EMISION: 31/07/2023
H.I ALTO MAYO

EMER

MEDICINA GENERAL

FARMACIA

ASEGU.: CONTRERAS PAQUIRACHIN ELIZABET EDAD: 45años 3mes 11dias

AUTOG.: 7804200CTPUE000

H/C: 51456

ACT.MED. 997709 DOC.ID: D.N.I. 27752693

VIGENCIA: 31/07/23

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS UM/FF CANT.		
1		PARACETAMOL 500 MG	5	TB	20,00
		Ind: 2 TAB CADA 6 HORAS SI DOLOR MODERADO			
2		NAPROXENO 500MG(BASE)Ó 550MG(SAL SÓDICA)	5	TB	10,00
		Ind: 1 TAB CADA 12 HORAS SI DOLOR			

MEDICO: 92069

AREDO TISNADO ARON CARMELO

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
PRESENTARSE MEDIA HORA ANTES DE LA CITA

USUARIO: 70195096

FEC.IMP: 31/07/23

HORA:

11:19:13

ESSALUD



7.00 am

DNF

H.I ALTO MAYO

SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 192382 Tipo Examen LAB Fecha 31/07/2023

Nombre y Apellidos Paciente	CONTRERAS PAQUIRACHIN ELIZABETH	Nro de Historia Clínica	51456
Documento de Identidad	D.N.I. 27752693	Autogenerado	7804200CTPUE000
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	45
Acto Médico	997709	Fecha de Atención	31/07/2023
Area Hospitalaria	URGENCIAS / EMERGENCIA	Servicio Hospitalario	MEDICINA GENERAL
Profesional Medico	AREDO TISHADO ARON CARMELO Colegiatura: 92069	Actividad Especifica	
		Topico	MEDICINA 1

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Departamento		Provincia		Distrito	
Dirección					
Referencia					
Celular	924559938TELEFONICA	Teléfono Fijo		E-Mail	

Area Examen Auxiliar

MICROBIOLOGIA

87205

FROTIS GRAM O GIEMSA. EXTENDIDO, FUENTE PRIMARIA, CON INTERPRETACION; TINCION DE RUTINA PARA BACTERIAS, HONGOS O TIPOS DE CELULAS. INCLUYE HIDROXIDO DE POTASIO D/ LEISHMANIASIS

Obs. :

Indicaciones

70195096 31/07/2023 11:16:36