



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL DORADO

AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE
LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO



I.E. N°426-INICIAL, SAN MARTÍN

Buenos Aires, 27 de diciembre del 2024.

OFICIO N°023-2024-GRSM-DRE/SM-UGEL/ED-I.E N°426-BA.

SEÑOR : Dr. LUIS ALBERTO NAVARRO SAAVEDRA
Director (e) UGEL EL DORADO

ASUNTO : REMITO DOCUMENTOS PARA JUSTIFICACION DE INASISTENCIA A LA I.E

De mi especial consideración:

Por medio del presente, es grato dirigirme a Ud. Para saludarle cordialmente, a nombre de la IE. N°426 del Caserío de Buenos Aires, Distrito de San Martín, Provincia de El Dorado, Región San Martín; al mismo tiempo MANIFESTARLE LO SIGUIENTE:

Yo, Enedina Gonzales Diaz, de 47 años, nacionalidad peruana, identificado con D.N.I. N°27437829, con domicilio legal en el Jr. Belisario Varsalio – provincia de Chota, departamento de Cajamarca en calidad de director de esta prestigiosa institución I.E 426 de la UGEL El Dorado, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, teniendo que asistir a la I.E según la hoja de ruta de la semana de gestión escolar 2024 los días jueves 26 y viernes 27 del presente mes, que por fines de atención por salud solicito a usted me considere la justificación por inasistencia por atención médica que ya tenía programado para el día 26 de diciembre, hora de cita en el establecimiento de EsSalud de chota a horas 19:12 p.m. en el área de medicina general, razón por el cual no pude asistir a mi I.E.

Adjunto: copia de la cita médica, receta médica y certificado de incapacidad temporal.

Hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y aprecio.

Atentamente,



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 194 - C.M. CHOTA

CITT No. : A-194-00012330-24

Acto Medico: 346955

Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: GONZALES DIAZ ENEDINA

Doc. de Identidad: D.N.I. 27437829

Autogenerado: 7709250GZDZE006

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 26/12/2024

Fecha Fin: 27/12/2024

Total de Dias: 2

F. de Otorgamiento: 26/12/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 2

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 82302
MEDINA PAYCO JUAN

RUC: 20187348341

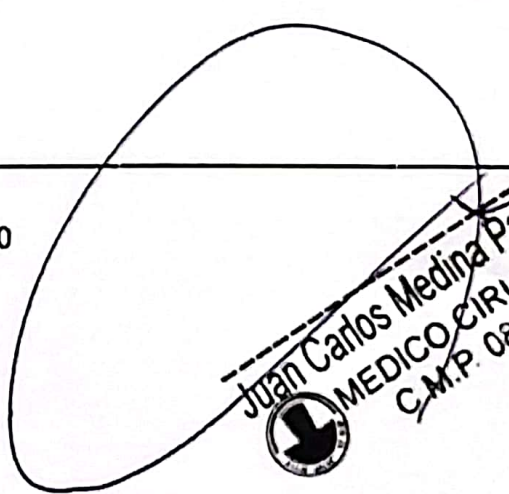
OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 13

Usuario: MEDINA PAYCO JUAN CARLOS

Fecha: 26/12/2024

Hora: 14:30:10


Juan Carlos Medina Payco
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 082302

No. DE ORDEN:

172500 FECHA EMISION: 26/12/2024

C.M. CHOTA

CEXT

MEDICINA GENERAL

FARMACIA

ASEGU.: GONZALES DIAZ ENEDINA

EDAD: 47años 3mes 1dias

AUTOG.: 7709250GZDZE006

H/C: 27455

ACT.MED. 346955 DOC.ID: D.N.I. 27437829

VIGENCIA: 25/01/25

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
-----	--------	--------------	------	----	-------

1		DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML			
---	--	--------------------------------------	--	--	--

3	AM	3,00
---	----	------

Via Admin.

Ind: 1 AMP IM CADA 24

2		NAPROXENO 500MG(BASE)Ó 550MG(SAL SÓDICA)			
---	--	--	--	--	--

3	TB	6,00
---	----	------

Via Admin. ORAL

Ind: 1 TAB CADA 12 HORAS

3		HIDROXOCOBALAMINA 1 MG/ML			
---	--	---------------------------	--	--	--

3	AM	3,00
---	----	------

Via Admin. PARENTERAL INTRAMUSCULAR

Ind: 1 AMP IM CADA 24

4		GABAPENTINA 300 MG			
---	--	--------------------	--	--	--

5	TB	10,00
---	----	-------

Via Admin. ORAL

Ind: 1 TAB CADA 12 HROAS

MEDICO: 82302

MEDINA PAYCO JUAN CARLOS

FIRMA DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
CUMPLA CON SU TRATAMIENTO

USUARIO: 45805122

FEC.IMP: 26/12/24

HORA:

14:32:13



EsSalud

[Cerrar](#)

C.M. CHOTA
CEXT - MEDICINA GENERAL

Fecha de la Cita : **26/12/2024**
Hora de la Cita : **19:12**
Prof.Asistencial : **MEDINA PAYCO JUAN**
Consultorio : **MED8**
Orden / Total : **27 / 30**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **GONZALES DIAZ ENEDINA**
Historia Clinica : **Nro 27455**
Autogenerado : **7709250GZDZE006**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **346955 VOLUNTARIA NORMAL**

Terminalista : **ACUÑA HERRERA JOSE**
Fecha : **26/12/2024 Hora : 09:39:41**

**"VACUNA A TU NIÑO DE 1 A 6 AÑOS CON UNA
DOSIS ADICIONAL CONTRA EL SARAMPION"**