

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

SOLICITO PERMISO POR SALUD EL DIA VIERNES 13 DE DICIEMBRE DEL 2024.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE HUANCABELICA

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno: **NUÑEZ**

Apellido Materno: **ROJAS**

Nombres: **CARMEN SONIA**

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento

DNI: **20044743**

RUC:

C.E. **131 ANCCAPA**

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VIA: Avenida: ☐ Jirón: ☒ Calle: ☐ Pasaje: ☐ Carretera: ☐ Prolongación: ☐

Nombre de la vía: **JR . TEODORO PEÑALOZA S/ N CHUPACA**

N° de Inmueble: ☐ Block: ☐ Interior: ☐ Piso: ☐ Mz: ☐ Lote: ☐ Km: ☐ Sector: ☐

Tipo de Zona :

Urbanización: ☐ Pueblo Joven: ☐ Unidad Vecinal : ☐ Conjunto Habitacional: ☐ Asentamiento Humano: ☐  
Cooperativa: ☐ Residencial: ☐ Zona Industrial: ☐ Centro Poblado : ☐ Caserio : ☐  
Asociación: ☐ Grupo: ☐ Fundo: ☐ Otros (especificar) : ☐

Nombre de zona:

Referencia:

Departamento: **JUNIN**

Provincia: **CHUPACA**

Distrito: **CHUPACA**

Teléfonos: **920837193**

Autorizo se me notifique al  
siguiente correo electrónico :

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Que; encontrándome delicada de salud y contando con una cita medica de ESSALUD para el dia viernes 13 de diciembre del presente año, solicito a ud. se me otorgue dicho permiso ya que es de importancia y siendo uno de mis derechos que me corresponde por ley.

PORTANTO : Ruego a ud. acceda mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Copia de cita



Ancapa, 12 de diciembre del 2024

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

CAP II CHUPACA		CITA	
UNIDAD DE REFERENCIAS Y CONTRARREFERENCIAS		Fecha: 12/12/2024 11:19:33 Referencia: --- 270917490	
CENTRO DESTINO "	: H.N. RAMIRO PRIALE		
ACTO MEDICO	: 3482479		
AUTOGENERADO	: 7311130NERAC004		
PACIENTE	: NUÑEZ ROJAS, CARMEN SONIA		
TIPO DE SEGURO	: OBLIGATORIO - DEPEND.		
DIAGNOSTICO	: 184.9	DEFINITIVO	
MOTIVO	:		
SUB ACTIV. DESTINO	: CONSULTA MEDICA		
ACTIVIDAD	: ATENCION AMBULATORIA		
SERVICIO	: GASTROENTEROLOGIA		
FECHA CITA	: 13/12/2024		
HORA CITA	: 16:00		
MEDICO	: MEZA ALTAMIRANO MARIANA		
CONSULTORIO	: GA06		
Asistir 30 min. antes de la atención programada			
----- Vo.Bo. de la Unidad de Referencia			
REALIZO LLAMADA	: <input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Si		
SE REGISTRAN OBSERVACIONES	:		
		Registrar	

Imprimir

Cerrar