

ASUNTO: Justificación por Permiso de Salud

**SEÑOR JEFE DE LA OFICINA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS DEL
GOBIERNO REGIONAL DE HUANCVELICA**

Yo, **KAREN PAOLA MUÑOZ DIAZ**, identificado con DNI N.º **45476167**, trabajadora del DRTPE, en el cargo de Conciliadora Colectiva, me dirijo a ustedes para justificar mi inasistencia los días 11 y 12 del presente mes por motivos de salud.

Que, habiendo solicitado permiso por motivos de salud mediante escrito de fecha 10.09.2025, el cual cuenta con expediente número 02788798 y registro documental 03899933, señalo:

1. Que, el día jueves 11.09.2025, por el malestar propio que sentí desde el día anterior, acudí al Centro médico donde me hago tratar P.S. San Francisco del distrito y provincia de Huancayo, departamento de Junín; empero no logre obtener cita, por lo que recién me lograron atender el día viernes 12.09.2025.
2. Que, el día viernes 12.09.2025, recibí atención y se me recomendó una serie de análisis para el día sábado 13.09.2025.

Por lo expuesto, solicito se considere mi ausencia como justificada, agradeciendo su comprensión.

Adjunto:

Copia legalizada de la Hoja de referencia del Centro de Salud P.S. San Francisco, así como las correspondientes ordenes de indicaciones médica a realizarme.



HOJA DE REFERENCIA INSTITUCIONAL

HOJA DE REFERENCIA



1. DATOS GENERALES

Fecha:

Día	Mes	Año
12	09	25

Hora:

:	:	:
---	---	---

Asegurado: SI NO

N°:

1	1	1	3
---	---	---	---

Teléfono: 946535684

Establecimiento de Origen de la Referencia

P.S. San Francisco

Establecimiento Destino de la Referencia

C.S. La Libertad

2. IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

CÓDIGO DE AFILIACIÓN AL SIS

N° HISTORIA CLÍNICA

170-2-45476167

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombres	
Muñoz	Díaz	Karen Paola	
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Edad Años	Meses	Días
	37		
Dirección: Av. Ferrocarril 1930		Distrito: HYO	Provincia: HYO
			Departamento: Junín

3. RESÚMEN DE HISTORIA CLÍNICA

Anamnesis: *Tuente Refeja parental. Dto en los dedos de la mano que en algunas presento aumento de volumen*

Exámen Físico: T° 30 P.A. 100/70 FR. 19 F.C. 75
pel: T.M.C. llenado capilo en la parte superior en la parte inferior no se ve el pelo. No se ve el pelo en la parte inferior.

Exámenes Auxiliares

Diagnóstico	CIE - 10	P	D	R
1) Artritis Reumatoidea	M139			A
2) Anemia	D509			A
3) Hipocolesterolemia	E750			A

CERTIFICO: QUE ESTA COPIA FOTOSTÁTICA ES EXACTAMENTE IGUAL A SU ORIGINAL EL CUAL HE TENIDO A LA VISTA, DOY FE

Tratamiento

4. DATOS DE LA REFERENCIA

Coordinación de la Referencia: Emergencia Consulta Externa Apoyo al diagnóstico (Adjuntar Orden)

Fecha en que será atendido: *12/09/2025*

Hora en que será atendido: *10:00 AM*

Nombre de quién le atenderá: *ABOGADA*

Nombre con quién se coordinó la atención: *ABOGADA*

Urgencia Destino de la Referencia: *ABOGADA*

Especialidad de Destino: Pediatría Medicina Cirugía Gineco - Obst. Lab. Dx. Imag. Otros

Condiciones del Paciente al inicio del Traslado:

Estable Mal Estado

Responsable de la RF	Responsable del Establecimiento	Personal que Acompaña	Personal que recibe
Nombre: <i>Yesenia de la Cruz</i>	Nombre: <i>Yesenia de la Cruz</i>	Nombre:	Nombre:
Colegiatura: <i>75433</i>	Colegiatura: <i>75433</i>	Colegiatura:	Colegiatura:
Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro	Profesión: <input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Obstetiz <input type="checkbox"/> Otro
Firma y Sello: <i>M.C. Karina P. De la Cruz Chavez</i>	Firma y Sello: <i>M.C. Karina P. De la Cruz Chavez</i>	Firma y Sello:	Firma y Sello:

Condiciones del paciente a la llegada al Establecimiento de la Referencia

Estable Mal Estado Fallecido

NOTARIA GANCHAJA SANCHEZ
 Jr. Loreto N° 356 - 358
 HUANCAYO - PERU

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE DERECHO
CARRERA DE ABOGADO
CALLE DE LA UNIÓN N° 1000
HUACAYO - PERÚ

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO
FACULTAD DE DERECHO
CARRERA DE ABOGADO
CALLE DE LA UNIÓN N° 1000
HUACAYO - PERÚ

CITO: 13/09/25
Hra: 6:50 am.
Lugar: Hospital la Libertad
COOP Santo Isabel
En Ayura:

Forma de
Corte



CERTIFICADO QUE ESTA COPIA FOTOGRAFICA
ES EXACTAMENTE IGUAL A SU ORIGINAL
SI CUAL HE TENDIDA LA VISTA DOY FE
HUACAYO

OTARIO DE HUACAYO
ABOGADO
D. GARCIA SANCHEZ

NOMBRES Y APELLIDOS: RIEN MUÑOZ DIAZ

Medicamento; Insumo obligatorio (CI)	Dosis	Vía	Frecuencia	Duración
<p>LABETOLOL 500 mg</p> <p>EN FARMACIA</p> <p>S/S</p>				

Examen de
orina completo



Uza
 FIDEL VALLE DEL ROSADO
 P.O. SAN FRANCISCO

M.C. Karla Y De la Cruz Ch.
 C.M.P. 75477

12	09	2025
----	----	------

FIRMA (SELLO) COLEGIATURA FECHA ACTUAL (Fecha de atención) Válido Hasta (Fecha en que caduca)

CERTIFICO: QUE ESTA COPIA FOTOSTÁTICA
 ES EXACTAMENTE IGUAL A SU ORIGINAL
 EL CUAL HE TENIDO A LA VISTA, DOY FE

HUANCAYO: 12 SEP 2025

~~CLSA CANCHAYA SANCHEZ~~
 ABOGADA
 NOTARIA DE HUANCAYO



DE CONFORMIDAD CON EL ANEXO 1 DEL M.P. EN EL QUE SE DETERMINA EL PROCEDIMIENTO PARA LA LEVANTACIÓN DEL DOCUMENTO PÚBLICO EN EL QUE SE EMITE UN JUICIO COMO EXPEDIENTE EN EL CASO DE SER APLICADO O FALTO EL DOCUMENTO PÚBLICO

NOTARIA CANCHAYA SANCHEZ
 Jr. Loreto N° 356 - 358
 HUANCAYO - PERU



RED DE SALUD VALLE DEL MANTARO N°

NOMBRES Y APELLIDOS Karen Muñoz Draz

CÓDIGO SIS 170-2-45476167 H.C.L. 45476167

USUARIO	ATENCIÓN	ESPECIALIDAD MÉDICA
Demanda <input type="checkbox"/>	Consulta Externa <input checked="" type="checkbox"/>	Medicina <input checked="" type="checkbox"/>
SIS <input checked="" type="checkbox"/>	Emergencia <input type="checkbox"/>	Obstetricia <input type="checkbox"/>
Intervención Sanitaria <input type="checkbox"/>	Hospitalización Reposo <input type="checkbox"/>	Odontología <input type="checkbox"/>
Defensa Nacional <input type="checkbox"/>	Tópico <input type="checkbox"/>	Enfermería <input type="checkbox"/>

DIAGNÓSTICO: Artritis erosiva -
 Artritis
 (CIE-10) M15.9
 250.9

PRESUNTIVO DEFINITIVO REPETITIVO

Medicamento o Insumo (obligatorio DCI)	Forma Farmacéutica	Cantidad
PCR		
Factor Reumatoideo		
Anticuerpos - Anticcp		
Hemograma completo		
Glicemia		
Colesterol		
Urea		
Creatinina		

M.C. Karla Y De la Cruz Ch.
 (12432)
 COLEGIATURA

12 09 2025

FECHA ACTUAL (Fecha de atención)

Valido Hasta

NOTARIA CANCHAYA SANCHEZ
 Jr. Loreto N° 356 - 358
 HUANCAYO - PERU



CERTIFICO: QUE ESTA COPIA FOTOSTATICA
 ES EXACTAMENTE IGUAL A SU ORIGINAL
 EL CUAL HE TENIDO A LA VISTA, DOY FE

HUANCAYO: 12 SEP 2025

~~DSA CANCHAYA SANCHEZ~~
 ABOGADA
 NOTARIA DE HUANCAYO



SE COMPROBADO CON EL ORIGINAL Y SE HA DEclarado en el momento de la liberación del documento que el contenido es verdadero y correcto. En caso de ser autógrafo o falso el notario será responsable.