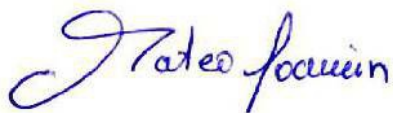
	CARTA DE JUSTIFICACIÓN	Unidad de Gestión de la Vinculación	
		Código de documento:	UGVS-CAR-V1-2020040

Sangolquí, 22 julio de 2023-

Yo, Loachamin **Aldaz Esteban Mateo**, con Cédula de Identidad **1727628065**, de la Carrera de **Insertar carrera tecnologías de la información** le pido cordialmente se me justificó la falta del día 21 de 07 mes de 2023, el cual fue debido a una cita en medicina general por una caída que sufrí, la cual fui atendido, por esta razón no pude asistir a la reunión. Por tal motivo solicito la justificación.

Sin otro particular, estaré atento a su respuesta y agradezco su atención. Saludos cordiales.

Atentamente,



Esteban Mateo Loachamin Aldaz
Estudiante

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE									
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP	H14	Colegio de la Cruz	172615469						

B. CERTIFICO QUE:									
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
Loachamin	Aldar	Esteban	Mateo	M	21	H	D	M	A
FUE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE			ESPECIALIDAD						
FECHA DE ATENCIÓN:	2023	07	21	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
AÑO		MES	DÍA						
HORA DE ATENCIÓN:	DESDE: 17h00			HASTA: 18h00					
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN									
FECHA DE INGRESO:	AÑO MES DÍA			ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
AÑO		MES	DÍA						
FECHA DE ALTA:	AÑO MES DÍA			ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
AÑO		MES	DÍA						

C. SE RECOMIENDA:									
REPOSO	SI	X		72 horas		Sábado y domingo			
NO				HORAS EN NÚMEROS		ESCRIBIR LAS HORAS EN NÚMEROS			
DESDE:	2023		07	21	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS				
AÑO		MES	DÍA						
HASTA:	2023		07	23	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS				
AÑO		MES	DÍA						

D. DIAGNÓSTICO									
1.	Tratamiento de tendones y músculos				CIE	S863			
2.	del grupo rectorio				CIE				

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE									
FECHA (año-mes-día)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO					
21/07/2023	12h00	Juan Esteban	Galindo	Garcido					
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO						
1726154469	[Firma]		Dr. Juan Esteban Galindo G. Médico General 1726154469						