



# FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE F.U.T.

Registro N°

003

**Resumen del pedido** Justificación de tardanza del 24.10.2024

**Dirigido a** Mary Skaide Nina Cruz – Jefe de Tesorería

**Datos del estudiante** Vilca Choque Jonathan  
Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

**Admisión** **Programa / Turno**

**Dirección** Urb. Capanique, pasaje independencia #2165

**DNI** 70566846 **Teléfono / Celular** 931849467

**Correo Electrónico** Imagen.institucional@egatur.edu.pe

**Área donde se dirige:**

|                               |  |                              |  |                  |   |
|-------------------------------|--|------------------------------|--|------------------|---|
| <b>Coordinación Académica</b> |  | <b>Bienestar Estudiantil</b> |  | <b>Tesorería</b> | X |
|-------------------------------|--|------------------------------|--|------------------|---|

**Fundamento del pedido:** El motivo de mi tardanza al trabajo el día 24/10/2024 se debe a que asistí a una consulta médica de urgencia donde fui diagnosticado con otitis leve.

Debido a los síntomas que presentaba, como dolor de oído y malestar general, fue necesario acudir a la Posta de Natividad para recibir la atención adecuada y evitar complicaciones de salud.

**Adjunta documentos** SI ☒ NO ☐ Tacna, 03 de octubre del 2024

(si adjunta documentos mencionarlos a continuación)

**Receta medica**

(Firma)

~~Documento Visado por jefe de área~~

**CARGO.-** Reg. N°





REDST  
RED  
SALUD  
TACNA



ESTABLECIMIENTO DE SALUD



# RECETA UNICA ESTANDARIZADA

INDICACIONES

Nombres y Apellidos

Jonathan Vela

N°DNI

70566846

(CIE-10)

Diagnóstico

OMA

461619

Producto farmacéutico o Insumo

Dosis

Via

Frecuencia

Duración

① Etalester

1 ts  $\leq$  A  $\times$  1 sem via oral

② Naproxen

1 ts  $\leq$  8m  $\times$  5 d via oral

③ Ibuprofen

1 ts  $\leq$  8m  $\times$  5 d via oral

Sello/ Firma/Col. Profesional

Fecha de atención

Válido hasta