

Machala, 15 de julio de 2025

Mg. Cinthia Chica Gómez

Gerente

Unidad Educativa Particular Juana de Dios

Ausencia Laboral por problemas de salud

Estimada Mg. Cinthia Chica Gómez,

Por medio de la presente, me dirijo a usted con el fin de informarle sobre mi situación de salud personal.

Por medio de la presente, me permito informar que, debido a problemas respiratorios que he venido presentando durante el día de hoy, acudí al médico, quien tras la evaluación correspondiente me ha prescrito medicamentos y dos días de reposo para una adecuada recuperación de mi garganta y vías respiratorias.

Por tal motivo, solicito se me conceda el permiso médico con el fin de seguir las indicaciones médicas y evitar complicaciones en mi salud.

Adjunto el certificado médico correspondiente para su conocimiento y respaldo, mismo que mañana lo sellaré mediante el seguro para su correcto valor.

Reconozco la importancia de mi labor en SEDUIN S.A., durante mi ausencia, me comprometo a colaborar con mis colegas para garantizar una transición fluida de mis responsabilidades.

Agradezco de antemano su comprensión y su consideración en este asunto. Estaré atento a cualquier instrucción adicional que usted pueda tener en relación a mi ausencia al trabajo.

Quedo a su disposición para cualquier comunicación adicional que sea necesaria y agradezco su apoyo durante este período.

Cordialmente,

Lic. Karol Mora Ordóñez



Docente de Inglés

Unidad Educativa Particular Juana de Dios

## CERTIFICADO MEDICO

### 1.-DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

ESTABLECIMIENTO DE SALUD **CONSULTORIO MEDICO ODONTOLOGICO MONTERO**

DIRECCION: **MACHALA - LA FERROVIARIA . LOS SAUCES Y 7MA AVENIDA ESQUINA** fecha de emisión **2025-07-16**

email institucional : **darwinmontero@hotmail.com** telefono **0994431981**

DIR. DOMICILIARIA : **MACHALA/LA AURORA**

certifico que : **KAROL TATIANA MORA ORDOÑEZ** Edad : **26**

INSTITUCIÓN /EMPRESA : **UNIDAD EDUCATIVA JUANA DE DIOS** tel.paciente : **0967621363**

PUESTO DE TRABAJO: **DOCENTE**

Cedula de identidad **0750871956** N. H. clinica **0750871956**

### 2.-MOTIVO DE AISLAMIENTO / ENFERMEDAD

TIPO DE CONTINGENCIA **ENFERMEDAD GENERAL**

DIAGNOSTICO **Influenza con otras manifestaciones respiratorias (virus específico no identificado)**

CODIGO CIE 10 **J11,1**  **X**

PRESENTA SINTOMAS ( marcar con X) **SI** **NO**

**ENFERMEDAD (marcar con X)**  **X** Descripción de la enfermedad

### Descripción de la enfermedad

PACIENTE ACUDE CON ALZA TERMICA DE 38°C , TOS, CONGESTION NASOFARINGEA Y MALESTAR GENERAL.

Para evitar complicaciones en su salud, el presente documento lo puede presentar con fines de justificación laboral, amerita reposo fisico absoluto.

total de dias concedidos :  (DOS)

DESDE (dd/mm/aa) : **16/07/2025**

Dieciseis de julio dos mil venticinco

HASTA (dd/mm/aa): **17/07/2025**

Diecisiete de julio dos mil venticinco



FIRMADO AUTOGRAFICAMENTE POR:  
**DARWIN ELEUTERIO MONTERO REINOSO**

**Dr. Darwin Montero Reinoso**

Medico ocupacional

0703424697

**Dr. Darwin Montero Reinoso**  
MEDICO GENERAL  
MSP: LIBRO 1 FOLIO 2867 NUMERO 8234  
TEL: 0994431981

