



UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR “JUANA DE DIOS”

Urb. Los Jardines Callejón Guayaquil entre Callejón 5ta. Norte y Av. Loja
Teléf.: (593) 072 980 101 E-mail: info@juanadedios.com

PERIODO LECTIVO 2025-2026

Dirigido a: Autoridades de la Unidad Educativa Juana De Dios

Asunto:

Machala, 16 de octubre de 2025

De mi consideración:

Reciban un cordial saludo. Por medio del presente, me permito solicitar **permiso para ausentarme de mis labores el día lunes 20 de octubre de 2025**, debido a que mi madre será sometida a una **operación de riñón en el Hospital de SOLCA**, como parte del tratamiento posterior al **diagnóstico de un tumor maligno**.

Agradezco profundamente la comprensión y empatía que siempre han caracterizado a la Gerencia hacia sus colaboradores en situaciones familiares delicadas. Me comprometo a retomar mis actividades con normalidad una vez finalizada la intervención médica y la estabilidad de mi madre. Se adjunta documento de la orden de ingreso y fecha de operación.

Sin otro particular, y esperando contar con su aprobación, me despido con sentimientos de respeto y estima.

Atentamente,

(firma)

Lic. Anllelys Gutiérrez

Docente de Robótica y Programación

Unidad Educativa “Juana de Dios”

| PROGRAMACION QUIROFANO | |
|------------------------|----------------------|
| NOMBRE Y APELLIDO | Neys Acosta |
| HISTORIA CLINICA | 158610 |
| FECHA: | Domingo 19-10-2025 |
| INGRESO: | Hospitalización 8:00 |
| AYUNAS: | SI (NO) |
| RESPONSABLE: | Lic. A. Brown |

TERNACION
 "Wilson Franco Cruz"
 CHALA

Página 1 de 1

158610 Cédula 0752479063

| Apellido Paterno | Apellido Materno | Primer Nombre | Segundo Nombre |
|------------------|------------------|---------------|----------------|
| LEYVA | ACOSTA | NEYIS | RICARDA |

Clasificación : IESS

Servicio

Prioridad del Ingreso : No Urgente

Cirugía

Diagnóstico Provisional : C64 TUMOR MALIGNO DEL RIÑON, EXCEPTO DE LA PELVIS RENAL

Solicitud Fecha : 07-OCT-2025

Ingreso efectuado : 07-OCT-2025 00:00:00

Médico : M160
 GARATE VIVAR
 CARLOS HUGO

Firma del Médico:

Firma del Paciente/Representante:

