

Machala, 25 de enero del 2026

Magister
Cinthia Chica Gómez
GERENTE GENERAL SEDUIN S.A.

Asunto: Permiso de trabajo por motivo de salud.

Yo, Leidy Cristina Campoverde Navarrete, con cédula de ciudadanía 0750230492, en calidad de Docente Tutora de Sexto EGB "A" y Docente de la asignatura de Lengua y Literatura de séptimo EGB "B", periodo lectivo 2025-2026; en atención al procedimiento institucional, me permito informar que, por diagnóstico médico de VARICELA y conforme a la indicación profesional correspondiente, me encuentro con reposo médico, motivo por el cual solicito se justifique mi inasistencia laboral durante el período señalado en el certificado médico adjunto.

Por lo expuesto, solicito muy comedidamente se autorice el permiso correspondiente, de acuerdo con la normativa institucional vigente.

Nota: Adjunto documentos de respaldo.

Particular que comunico para los fines pertinentes.



Lcda. Leidy Cristina Campoverde Navarrete
DOCENTE
C.I. 0750230492



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
HOSPITAL GENERAL MACHALA

Machala, a los 23 de Enero del 2026

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO Y USUARIO / PACIENTE

INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE SERIE
IESS	595	HOSPITAL GENERAL MACHALA	10604642	

B. CERTIFICO QUE:

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	SEXO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)				
CAMPOVERDE	NAVARRETE	LEIDY	CRISTINA	F	27	H	D	M	A	
NUMERO DE CEDULA		DIRECCIÓN DE DOMICILIO		TELEFONO		CELULAR				
0750230492		VIVIENDAS POPULARES				981805298				
LUGAR DE TRABAJO		PUESTO DE TRABAJO		TIPO DE SEGURO						
UNIDAD EDUCATIVA PARTICULAR JUANA DE DIOS		DOCENTE		GENERAL						
FUE ATENDIDO EN EL SERVICIO DE		EMERGENCIA			ESPECIALIDAD					
FECHA DE ATENCIÓN:		2026	1	23	VEINTITRES DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS					
		AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
HORA DE ATENCIÓN:		DESDE:		HASTA:						
SINTOMAS:		SI	NO	DESDE:		HASTA:				
EN CASO DE HOSPITALIZACIÓN										
FECHA DE INGRESO:					ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
		AÑO	MES	DIA						
FECHA DE ALTA:					ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS					
		AÑO	MES	DIA						

C. SE RECOMIENDA:

REPOSO	SI	X	NO	HORAS EN NÚMEROS		ESCRIBIR LAS HORAS EN NÚMEROS				
DESDE:	2026	1	23	VEINTITRÉS DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS						
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS						
HASTA:	2026	1	29	VEINTINUEVE DE ENERO DEL DOS MIL VENTISEIS						
	AÑO	MES	DIA	ESCRIBIR LA FECHA EN LETRAS						

D. DIAGNÓSTICO

1.	VARICELA	CIE	B019	3.		CIE			
2.				4.					
AISLAMIENTO:		SI	X	NO	TELETRABAJO:		SI	NO	X
TIPO DE CONTINGENCIA:		ENFERMEDAD GENERAL		X	MATERNIDAD (NIÑO VIVO)		ACCIDENTE DE TRABAJO		
ENFERMEDAD CATASTROFICA		ENFERMEDAD PROFESIONAL U OCUPACIONAL			ACCIDENTE GRAVE				

E. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE

FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
23/1/2026		GINNA	MORA	ARMIJOS
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	FIRMA		SELLO	
0703746735				
Ecuador - El Oro - Machala Dirección: Av. Alejandro Castro Benitez y vía pañonal Tlf. 07-370-2400 012-743091				

Formulario adaptado a la normativa de Subdirección Nacional de Aseguramiento del Seguro de Salud y a formulario SNS-MSP/HCU-form.117/2021 Ministerio de Salud

CERTIFICADO MÉDICO