

CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

Día	Mes	Año
16	10	2024

Para ser presentado en: **Ministerio de Educación de La Rioja**

Apellido y Nombre del Empleado: **DAVILA, HILDA JESUS**

DNI: 16.180.199

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc **E.P.E.T. N°2 PAULA DE SARMIENTO**

Ide/Cue **0004600233
14600198**

Diagnóstico: **Trastorno depresivo**

Código N° **081009**



Justificado

Desde: **16/10/2024**

Hasta: **14/11/2024**

Alta:

Control: **15/11/2024**

Código de Licencia:

0 7 2 2 0 0 0 0 0 0 0

Observaciones

Dr. CARLOS FERNANDEZ
Director Médico de MEDIFAM
M.P. 613

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO AUDITOR

Este comprobante debe ser presentado dentro de las 24hs de emisión ante Autoridad Superior.

CONSTANCIA NO VALIDA PARA ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS.