# CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

| Día | Mes | Año |
|---|---|---|
| 27 | 03 | 2025 |

**Para ser presentado en:** *MINISTERIO DE EDUCACION*

**Apellido y Nombre del Empleado:** *QUIROGA, ADA DEL VALLE*

**DNI:** 22.102.689

**Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc** ESC.N°014 JUSTO JOSE DE URQUIZA

**Ide/Cue** 0004600305 /4600273

**Diagnóstico:** Trastorno depresivo

**Código N°**081099

**Alta:**

**Código de Licencia:**

☒ **Justificado** **Desde:** 27/03/2025 **Hasta:** 24/04/2025 **Control:** 25/04/2025 720 0 0

**Observaciones del Profesional**

Barrera Adrian N.
MEDICO
M. P. N° 3441

**Nota Adm.**

MEDI - FAM S.R.L.
División Laboral
Tel/Fax (0380) 4652251
Av. FACUNDO QUIROGA 871
LA RIOJA - CAPITAL
ORIGINAL

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



Escaneado con CamScanner