

# CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

Día	Mes	Año
11	03	2025

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

Apellido y Nombre del Empleado: **PALACIO, DANIELA DEL R.**

DNI: **36.522.827**

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc **ESC.N°95 JOSE EUSEBIO TOLEDO VERA**

Ide/Cue **0004600455**

Diagnóstico: **Gastroenteritis inespecífica**

Código N°161012

Alta:

Código de licencia:

**Justificado** Desde: **11/03/2025** Hasta: **12/03/2025** Control: **790 0 0**

## Observaciones del Profesional

CONSTANCIA ENVIADA VIA WHATSAPP-IMR-  
PARA CONTINUAR DEBERA PRESENTAR INFORME DE ESTUDIOS.

*Barreira Adrian H.*  
**Barreira Adrian H.**  
 MEDICO  
 M.P. N° 3441

Nota Adm.



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