

# CONSTANCIA DE ATENCION MÉDICA

Día	Mes	Año
03	06	2025

Para ser presentado en: **MINISTERIO DE EDUCACION**  
 Apellido y Nombre del Empleado: **TROZZO, SILVIA ALEJANDRA**  
 DNI: 20.943.144

Organismo / Establecimiento / Unidad / Etc: **ESC.N°393**  
 Ide/Cue: **0004600511 / 4600732**

Justificado

Diagnóstico: **Cervicalgia**

Código N°180896

Desde: 2/06/2025 Hasta: 6/06/2025

Alta: / /

Control: / /

Código de Licencia:

710 0 0

Observaciones del Profesional

*(Handwritten Signature)*  
**DR. CARLOS FERNANDEZ**  
 Director Médico de MEDIPAM  
 M. P. 1913  
 Esp. Medicina Laboral

**MEDI-FAM S.R.L.**  
 Nota Administración División Laboral  
 Tel/Fax (0380) 485228-  
 AV. FACUNDO QUIROGA 671  
 LA RIOJA - CAPITAL  
**ORIGINAL**

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