Cartagena de Indias, 16 de junio 2024

GESTION SALUD S.A.S

CERTIFICA QUE:

El paciente **DENY MARIA MUÑOZ LAMBRAÑO** Identificada con **CC.45503372** de Cartagena/bolívar, Se encuentra hospitalizada en nuestra institución con ingreso del día 17 de mayo del presente año.

Se expide tal certificado por petición del familiar (**JULIETH PAOLA LAMBRAÑO RICARDO- HIJA**) para fines pertinentes.

Para mayor constancia se firma en la ciudad de Cartagena a los 16 días del mes de junio del 2024.

YULY BENITEZ
AUXILIAR DE ADMISIONES
CLINICA GESTION SALUD
NIT:806015201-3

GESTION SALUD S.A BARRIO AMBERES. CLINICA DE MATERNIDAD RAFAEL CALVO No 38-20 TEL: 6810199
CARTAGENA COLOMBIA

Powered by CamScanner

Powered by CamScanner

Bogotá 18 de junio 2024

FUNDACION PEPASO

Señora Luz Dary Bueno

SOLICITUD POR PERMISO NO REMUNERADO

Por medio de la presente, yo JULIETH PAOLA LAMBRAÑO RICARDO identificada con cedula de ciudadanía 1143375795, me permito solicitar un permiso no remunerado por calamidad familiar, debido a la enfermedad de mi madre donde tuve que trasladarme fuera de Bogotá para ser más concreta Cartagena Bolívar, Deseo informarle que a partir del 17 de junio hasta el 30 de junio no podré asistir al trabajo, con el propósito de atender los cuidados y necesidades urgentes que requiere mi familiar.

Me comprometo a retomar mis labores habituales a partir del 1 de julio presente año, una vez que la situación familiar se estabilice. Durante mi ausencia, me aseguraré de que mis responsabilidades sean cubiertas de manera adecuada y que cualquier trabajo pendiente sea atendido.

Agradezco de antemano su comprensión y consideración ante esta situación delicada. Estoy dispuesta a proporcionar cualquier documentación adicional que sea necesaria para respaldar esta solicitud.

Quedo a su disposición para discutir cualquier detalle adicional que requiera su atención. Agradezco su pronta consideración a este asunto.

Atentamente,

Julieth Paola lambraño Ricardo
CC 1143375795
CEL 3233963659

Powered by CamScanner