

Santa Anita, ..... de.....del 2025

Sr. ....  
Subgerente de Recursos Humanos.

Yo, (Nombre completo del trabajador) ..... con  
DNI N.º ....., con el cargo de.....  
Dependencia.....correo electrónico: .....

Presento mi descanso médico del: ..... (DD/MM/AA fecha que inicia el descanso  
médico) al: ..... (DD/MM/AA fecha que finaliza el descanso medico) otorgado por:  
..... (indicar el  
nombre completo y número de colegiatura del médico tratante).

**Para los cuales adjunto los siguientes documentos: (Marcar con X)**

Descanso médico (original y copia) con firma y sello del médico tratante * La fecha que se emite el DM debe coincidir con la fecha que inicia el descanso físico	
Original del pago por consulta médica por la atención recibida	
Original de las indicaciones médicas recibidas en la fecha de atención	
Comprobante de pago en original por compras de medicamentos	
Original del reporte operatorio en caso de intervención quirúrgica	
Copia de epicrisis en caso de hospitalización	
Cartilla de Terapia física de rehabilitación firmada y sellada por cada fecha de la atención efectuada	
Copia de informes de ayuda al diagnóstico (Laboratorio, radiografías, tomografías, resonancia magnética, si el diagnóstico amerita)	
Original y copia del Informe Médico	
Reporte de gastos hospitalarios o liquidación de gastos (en caso la atención sea por EPS)	
Otros documentos adicionales (detallar): .....	

Manifiesto, que haré uso de mi descanso médico en la dirección: .....  
....., distrito de .....  
Referencia del domicilio donde haré uso de mi descanso médico: (indicar avenidas principales  
cercanas a su domicilio) ....., Celular: .....

**Nota: Todos los documentos emitidos por los especialistas médicos deben tener firma y  
sello original, asimismo, los certificados médicos no deben tener borrones ni  
enmendaduras.**

Atentamente,

-----  
**Firma del Trabajador**  
DNI N.º.....