

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junin y Ayacucho"

Ilave, 27 de mayo del 2024

**OFICIO N° 064-2024-D.EIES"NSC"1**

SEÑORA : DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO  
(Oficina de recursos humanos)

ASUNTO : ELEVA ACTUADOS DE SITUACIÓN LABORAL DE LA PROF. GLADIS CECILIA ALFARO PARI, DOCENTE DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN".

Es grato de dirigirme usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo a nombre del corporativo del Colegio Emblemático "Nuestra Señora del Carmen" de la ciudad de Ilave, así mismo alcanzarle la situación laboral de la Prof. Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la especialidad de Comunicación; la misma que se detalla a continuación:

- Del 01 de abril al 18 abril se ha elevado los actuados de licencia por salud a la UGEL.
- Los días 19 al 23 de abril 2024 justifica con permiso de salud.
- El 24 de abril 2024 retorna a la IE, después de haber culminado su licencia.
- El 01 de mayo hasta el 25 de mayo 2024, es normal su asistencia justificando con CITT.
- Se adjunta los sustentos.

Sin otro particular, es propicia de la oportunidad para expresarle mi estima personal.

Atentamente,



  
Prof. GREGORIO J. QUISPE LLANO  
DIRECTOR  
EMBLEMÁTICO I.E.S.  
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**Solicita:** Justificación de Inasistencia.

**SEÑOR DIRECTOR DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CÁRMEN" - ILAVE**

MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
I.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CÁRMEN"  
ILAVE  
**RECEPCIÓN**  
FECHA INGRESO: 25/04/2024  
N° REGISTRO: 913  
FOLIOS: 03 FIRMA: [Firma]

Yo, Gladis Cecilia ALFARO PARI, identificado con DNI N° 01783071, docente del Área de Comunicación, del Colegio Emblemático "Nuestra Señora del Carmen" de la ciudad de Ilave. Ante Ud., con el debido respeto me presento y expongo:

Que, encontrándome en actualidad mal de salud, presento el descanso médico otorgado por el Hospital Militar Central "Crl. Luis Arias Schreiber" a partir de 19 de abril hasta 23 de abril (por cinco días) y como también presento la Constancia de atención otorgado por EsSalud (Puno), en tal sentido justifico los días de inasistencia al Colegio Emblemático "Nuestra Señora del Carmen" de la Ciudad de Ilave. Para mayor veracidad adjunto los documentos arriba mencionados: Constancia médica otorgado por el Dra. Patricia Salazar Leturia con CMP 46619 RNE: 44484 por cinco días de descanso absoluto y la constancia otorgado por EsSalud Dr. Anibal Velarde Coaquira CMP 36626 RNE 26330 por un día, de fecha 24 de abril. Esperando siempre su comprensión.

POR LO EXPUESTO.

Solicito a usted acceder a mi petición por ser justa y legal.

**Ilave, 25 de abril del 2024.**

[Firma]  
Lic. Gladis Cecilia ALFARO PARI  
Profesora por horas



**HOSPITAL MILITAR CENTRAL**  
"Ciri Luis Arias Schreiber"

Grado/Arma o Servicio: .....  
Unidad: .....  
CIP: 306715721  
DNI: 07783071  
Historia Clínica: .....  
Teléfono: ..... (1)

CONSTANCIA MEDICA ☒

CONSTANCIA ESTOMATOLOGICA ☐ (2)

El Médico que suscribe, deja CONSTANCIA que: (3) Alfonso Peri

Medico  
de 63 años de edad, ha sido atendido(a) en (4) consultorio de cirugía

plástica el día 19-Abril 2024 por presentar

cuadro Clínico Compatible con (5) Secuela de Quemadura

en Miembros Inferiores y Miembros

Superiores y miembros menores. 7

habiéndose prescrito, (6) descanso médico absoluto por

5 (cinco días)

Motivo del documento (7) Trámite administrativo

Nombre del establecimiento y Código de IPRESS (8) Hospital Militar

Central

Nombre y Grado del profesional de la salud tratante (9) H. el Salazar

Leturio Patrino

Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante (10)

810174400 - 10799569

Número de CMP o COP y RNE del profesional de la salud tratante (11)

46619 - 44484

Dirección del domicilio donde cumplirá el descanso médico (12)

Rimac

Si considera necesario, definir las actividades a realizar según diagnóstico (13) 7

.....

.....

.....

Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico (14) 7

.....

Expedido por regularización (15) 7

.....

Jesús María (16) de Abril del 20 24

810174400 - 10799569  
Mc1 - Dra. Patricia Salazar Leturia  
CIRUGIA PLASTICA Y RECONSTRUCTIVA  
CMP 46619 RNE: 44484

V°B° del Jefe del  
Departamento

Firma y Sello del Jefe  
del Servicio

Firma y Sello del Médico  
Tratante

Indicar en:

- (1) Grado/Arma o Servicio, unidad, número administrativo, DNI, teléfono.
- (2) Para su oficialización, marca Certificado Médico o Odontológico.
- (3) Nombres, Apellidos y edad.
- (4) Dpto. consultorio o unidad de hospitalización donde se realice la atención médica.
- (5) Con letra de imprenta y en forma clara, la presunción diagnóstica o el diagnóstico con CIE 10 y en caso de constancia de buena salud, solamente indicar "En la fecha goza de buena salud.
- (6) En forma precisa el número de días de descanso (absoluto o relativo) con fecha de inicio y término y si fuera necesario la Hospitalización.
- (7) Indicar el motivo en forma clara y precisa.
- (8) En caso de regularizar o convalidar, colocar el establecimiento de salud pública o privada y código de IPRESS.
- (9) Nombre y grado del profesional de la salud tratante.
- (10) Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante.
- (11) Número de CMP / COP y RNE del profesional de la salud tratante.
- (12) Dirección del domicilio donde se cumplirá el Descanso Médico.
- (13) Si considera necesario, definir las actividades a realizar según el diagnóstico.
- (14) Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico.
- (15) Expedido por regularización.
- (16) Fecha de expedición.

Nota:

CIP: Carné de Identidad Personal

DNI: Documento Nacional de Identidad

CMP: Colegio Médico del Perú

COP: Colegio Odontológico del Perú

RNE: Registro Nacional de Especialista

IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

\* La constancia se realizara En 04 Copias

- 1.- Registros Médicos (HH CC)
- 2.- Dirección Médica (Secc Peritaje Médico)
- 3.- Departamento
- 4.- Servicio



## CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El asegurado (a):

Alfaro Pani Gladis

Seguro N°:

Atendido en el Consultorio de:

Cuerva plan huan

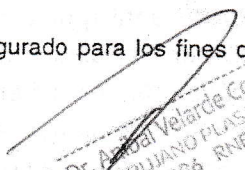
por el Dr. (a):

Amador Velarde

el día:

24 abril 2024

se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCION a solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente.

  
Dr. Amador Velarde Coaquira  
CIRUJANO PLASTICO  
CNP. 30426 RNE 26330

FIRMA Y SELLO



PERÚ

Ministerio  
de Educación

**COLEGIO EMBLEMÁTICO**

**"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE**

Resolución Ministerial N° 318-2010-ED

Jr. Santa Bárbara N° 420; Teléfono 505513 / 335784



N° 003264

**FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE**

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0249-95-ED

SOLICITA: Descanso Medico (Presentado).

SEÑOR DIRECTOR DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

Alfaro Pani Gladis Cecilia

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

IES "Nuestra Señora del Carmen"

Centro de Trabajo

01783071

D.N.I.

Jr. Arica N° 558 - Ilave

Domicilio del Usuario (Avenida, Jirón, Calle, Urbanización Distrito, Provincia)



Fundamento del Pedido:

Que habiendo presentado constancia de descanso medico otorgado por Essalud anteriormente (No oficial) subsano presentando Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo consistente en 02 folios la cual es a partir de: 02 de Mayo 2024 al 25 de Mayo del 2024. Por lo que solicito se acceda a mi pedido por ser de ley.

Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos:

- Certificado de Incapacidad Temporal. S-140-00013880-24
- Certificado de Incapacidad Temporal S-140-00013846-24

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a Ud. Señor Director acceder mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Ilave, 24 de Mayo del 2024

Gladis Cecilia Pani Alfaro

FIRMA DEL SOLICITANTE

Formulario 8003 - I

USUARIO

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

E.E.SS. : 140 - H.III PUNO

CITT No : **A-140-00013880-24**Acto Médico :  
Servicio : MED. CONTROL (MECO)Nombre Asegurado : ALFARO PARI GLADIS CECILIA  
Doc. de Identidad : DNI 01783071  
Autogenerado: : 6008100AAPIG001Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA  
Contingencia : ACCIDENTE COMUN  
Med. Control : 52858 MAMANI RUELAS ROSMERY  
F. Prob. de Parto :

## PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio : 02/05/2024  
Fecha de Fin : 14/05/2024  
Total de Días : 13  
F. de Otorgamiento : 24/05/2024

## DIAS ACUMULADOS

Consecutivos : 24  
No Consecutivos : 123

PR.SS. Tratante : MEDICO 48437

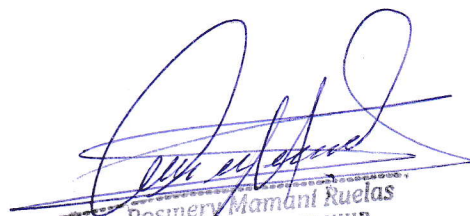
RUC: 20406266207 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

## OBSERVACIONES :

Días de Incapacidad Temporal Acumulado : 269  
C-140-21-2024 TEMPORAL (23/05/2024)  
Ver condiciones y/o restricciones en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Usuario: 40387880

Fecha: 24/05/2024 Hora: 10:27:28

  
Dra. Rosmery Mamani Ruelas  
MEDICO CONTROL CITT HIIE  
(TITULAR)  
  
BUNA SALUD PARA LAS PERUANAS

Formulario 8003 - I

USUARIO

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS. : 140 - H.III PUNO

CITT No : **A-140-00013846-24**Acto Médico :  
Servicio : MED. CONTROL (MECO)Nombre Asegurado : ALFARO PARI GLADIS CECILIA  
Doc. de Identidad : DNI 01783071  
Autogenerado: : 6008100AAPIG001Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA  
Contingencia : ENFERMEDAD COMUN  
Med. Control : 52858 MAMANI RUELAS ROSMERY  
F. Prob. de Parto :

## PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio : 15/05/2024  
Fecha de Fin : 25/05/2024  
Total de Dias : 11  
Fecha Otorgamiento : 23/05/2024

## DIAS ACUMULADOS

Consecutivos : 11  
No Consecutivos : 123

PP.SS. Tratante : MEDICO 46237

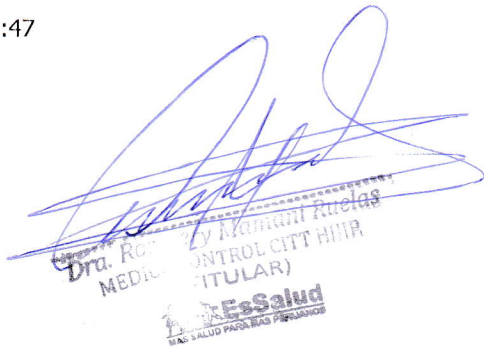
RUC: 20406266207 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

## OBSERVACIONES :

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado : 256  
C-140-21-2024 TEMPORAL (23/05/2024)  
Ver condiciones y/o restricciones en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Usuario: 40387880

Fecha: 23/05/2024 Hora: 12:05:47



Dra. Rosmery Mamani Ruelas  
MEDICO CONTROL CITT HIII  
(TITULAR)  
EsSalud  
SISTEMA INTEGRADO DE GESTION DE INCAPACIDADES