

Solicitud: Descanso por enfermedad

SRA. DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO – ILAVE

REFERENCIA:

SR JEFE DE AREA DE GESTION PEDAGOGICA- UGEL EL COLLAO – ILAVE

Yo, Jean Carlos Rojas Salamanca, identificado con DNI N.º 71431849, con domicilio en Pasaje Las Mercedes N° 280, número de celular 966547236 y correo electrónico jean.71rojas@gmail.com, miembro del Equipo Itinerante de Convivencia Escolar de la UGEL El Collao ante usted me presento y expongo lo siguiente.

Que, habiéndome contagiado de fiebre tifoidea en las últimas semanas, teniendo una recaída, y siendo necesario tratamiento endovenoso. **Solicito descanso por enfermedad del 30 julio al 02 de agosto** del presente año, según indica el certificado de incapacidad temporal emitido por el Essalud el cual adjunto.

Pido se acceda a mi solicitud por ser justa y legal.

Ilave, 30 de julio del 2024



Jean Carlos Rojas Salamanca
Miembro de EICE de la UGEL El Collao

Anexo I: Certificado de Essalud

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 414 - CAP III METROPOLITANO DE PUNO

CITT No. : **A-414-00010259-24**

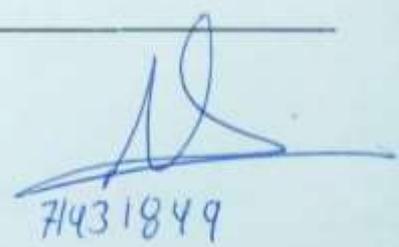
Acto Medico: 563726
Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: ROJAS SALAMANCA JEAN CARLOS
Doc. de Identidad: D.N.I. 71431849
Autogenerado: 9511021RASAJ003

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/07/2024
Fecha Fin: 02/08/2024
Total de Dias: 4
F. de Otorgamiento: 30/07/2024



DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 4
No Consecutivos: 0

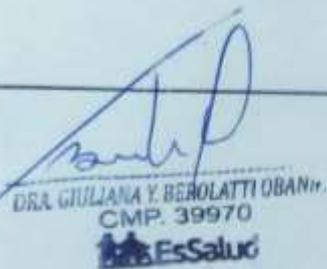
PP.SS. Tratante MEDICO 39970
BEROLATTI OBANDO GIULIANA

RUC: 20406266207

OBSERVACIONES CIE-10: 1. A01.0 2.

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 4

Usuario: BEROLATTI OBANDO GIULIANA
Fecha: 30/07/2024 Hora: 12:02:57



DRA. GIULIANA Y. BEROLATTI OBANDO
CMP. 39970
EsSalud

Usuario Impresión: BEROLATTI OBANDO GIULIANA
Fecha de Impresión: 30/07/2024 12:03:01

