DIRECCION REGIONAL DE EDUCACIÓN - PUNO
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL - EL COLLAO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA N° 71007 - "MARIANO ZEVALLOS GONZALES" - ILAVE
COD. MODULAR - 0243915

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

Ilave, 31 de mayo del 2024

OFICIO N° 032-2023-MINEDU/DREP/UGELEC/D-IEP- 71007 "MZG"- ILAVE

A LA :**Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO**
DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO.

DEL :**PROF. ROMAN CASTILLO ROMERO**
DIRECTOR DE LA IEP N° 71007 M.Z.G.

ASUNTO :**REMITE SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER.**

Me dirijo a Ud. en calidad de Director de la Institución Educativa Primaria N° 71007 "Mariano Zevallos Gonzales", ubicada en el Jr. Ica N° 451, de esta ciudad de Ilave, Provincia de El Collao y Departamento de Puno; para **REMITIR LA SOLICITUD DE AMPLIACION DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR ENFERMEDAD DE LA PROF. BERTHA MAMANI QUISPE, QUE INICIA EL 31 DE MAYO Y FINALIZA EL 29 DE JUNIO 2024.**

Agradecemos de antemano su atención y solicitamos darle el trámite que corresponde al documento en mención.

Se anexa **SOLICITUD Y CITT EN ORIGINAL DE LA DOCENTE BERTHA MAMANI QUISPE.**

Le expresamos nuestra más alta consideración y estima personal.

Atentamente,

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIRECCIÓN UGEL EL COLLAO

Roman Castillo Romero
DNI N° 01319384
DIRECTOR

Escaneado con CamScanner

***SUMILLA** : Solicito ampliación de Licencia con goce por enfermedad.*

***SEÑOR DIRECTOR DE LA I.E.P. 71007 MARIANO ZEVALLOS GONZALES DE ILAVE**.*

BERTHA MAMANI QUISPE, Docente Nombrada de nuestra Institución Educativa Primaria 71007 Mariano Zevallos Gonzales, identificada con DNI 40702973, domiciliada en la Provincia de el COLLAO Ilave, ante Usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente;

*Que, al amparo de lo establecido en la ley de la carrera publica magisterial, solicito ampliación de licencia con **goce de haber** a **partir del 31 de Mayo** al **29 de Junio del año 2024** por salud conforme a la prescripción médica, por encontrarme delicada de salud.*

Adjunto al presente el respectivo Certificado de médico otorgado por el medico de ESSALUD.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted Señor Director acceder a mi petición por ser justo y legal.

Ilave, 31 de mayo del 2024.

.....

Prof. Bertha MAMANI QUISPE
DNI 40702973

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
I.E.P. Nº 71007 MARIANO ZEVALLOS GONZALES
MESA DE PARTES
Fecha: 31/05/2024
Hora: 13:43 p.m.
Folios: 02
Firma:

Escaneado con CamScanner

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS. : 140 - H.III PUNO

CITT No : **A-140-00014082-24**

Acto Médico :
Servicio : MED. CONTROL (MECO)

Nombre Asegurado : MAMANI QUISPE BERTHA
Doc. de Identidad : DNI 40702973
Autogenerado: : 8012080MAQSB001

Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA
Contingencia : ENFERMEDAD COMUN
Med. Control : 66679 CUENTAS CANAL GONZALO MARIANO
F. Prob. de Parto :

PERIODO INCAPACIDAD
Fecha de Inicio : 31/05/2024
Fecha de Fin : 29/06/2024
Total de Dias : 30
F. de Otorgamiento : 31/05/2024

DIAS ACUMULADOS
Consecutivos : 90
No Consecutivos : 0

PP.SS. Tratante : MEDICO 39411

RUC: 20406266207 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

OBSERVACIONES :
Dias de Incapacidad Temporal Acumulado : 104
Ver condiciones y/o restricciones en www.essalud.gob.pe

Usuario: 43361143
Fecha: 31/05/2024 Hora: 10:13:13

Dr. Gonzalo M. Cuentas Canal
CMP: 66679
Hospital Base III - Puno
EsSalud

Escaneado con CamScanner