



PERÚ

Ministerio de  
Educación

Dirección Regional de  
Educación de Puno

Unidad de Gestión  
Educativa Local El Collao

Institución Educativa Primaria  
N° 70320 de Siraya

**"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA  
CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"**

Siraya, 07 de marzo del 2024

**OFICIO N° 011-2024- DREP/DUGEL-EC/DIEP. N°70320-S.**

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

ASUNTO : REMITO SOLICITUD DE LICENCIA POR SALUD CON GOCE  
DE HABER DEL PROFESOR **ADALBERTO TOMAS CAXI**  
**LUPACA**

REFERENCIA : RVM N° 081-2023-MINEDU

-----

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de poner en su conocimiento que, la Dirección de la IEP N° 70320 de Siraya, remite la solicitud de **licencia por salud** del profesor **Adalberto Tomas CAXI LUPACA** a partir del 6 de marzo al 11 de marzo tal como indica el certificado de incapacidad.

Remito adjunto a la presente la solicitud de licencia y el certificado de incapacidad.

Sin otro particular aprovecho de la oportunidad para expresar mis consideraciones más distinguidas y estima personal.

Atentamente



  
Vilma Ticona Suriccallo  
DIRECTORA  
IEP N° 70320 SIRAYA

**"Año del bicentenario, de la consolidación de nuestra independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"**

**SUMILLA: Solicito licencia por  
Salud**

---

**Sra. Directora de la IEP. 70320 SIRAYA**

**Yo, Adalberto Tomas Caxi Lupaca docente de aula identificado/a con DNI N° 01781857 domiciliado en Jr. Alfonso Ugarte S/N, del distrito de Pilcuyo, provincia El Collao, departamento de Puno, ante usted con el debido respeto me presento y expongo:**

Que, solicito licencia por Salud por 06 días desde el 06 de marzo al 11 de marzo por motivos de salud, posterior a ello regularizare como corresponde.

**Por lo expuesto:**

**Ruego a usted acceder a lo solicitado por ser de justicia.**

EL COLLAO, 07 DE MARZO DEL 2024



---

Prof. Adalberto Tomas Caxi Lupaca  
DNI 01781857

Formulario 8003 - I

USUARIO

## CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

FE.SS. : 140 - H.III PUNO

CITI No : **A-140-00011626-24**Acto Médico :  
Servicio : MED. CONTROL (MECO)Nombre Asegurado : CAXI LUPACA ADALBERTO TOMAS  
Doc. de Identidad : DNI 01781857  
Autogenerado: : 6912081CILAA006Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA  
Contingencia : ACCIDENTE COMUN  
Med. Control : 52858 MAMANI RUELAS ROSMERY  
F. Prob. de Parto :

## PERIODO INCAPACIDAD

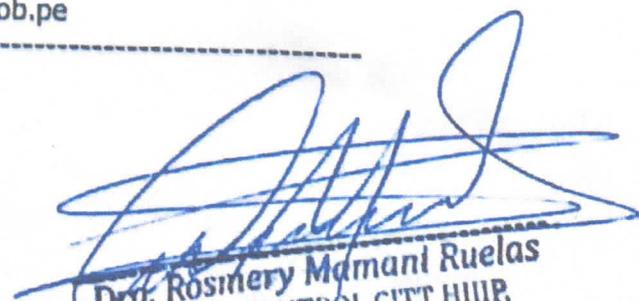
Fecha de Inicio : 06/03/2024  
Fecha de Fin : 11/03/2024  
Total de Dias : 6  
F. de Otorgamiento : 06/03/2024

## DÍAS ACUMULADOS

Consecutivos : 8  
No Consecutivos : 0

PP.SS. Tratante : MEDICO 33648

RUC: 20406266207 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

OBSERVACIONES :  
Dias de Incapacidad Temporal Acumulado : 14  
Ver condiciones y/o restricciones en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)Usuario: 40387880  
Fecha: 06/03/2024 Hora: 11:07:55

Dra. Rosmery Mamani Ruelas  
MEDICO CONTROL CITI HIII.  
(TITULAR)



EsSalud  
SALUD PARA LOS PERUÑOS