



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

Ilave, 18 de julio del 2024

OFICIO N° 0128-2024-D.EIES"NSC"1

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

ASUNTO : ELEVA LICENCIA CON GOCE DE HABER 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 los actuados de la **Licencia con goce de haber por salud de la Prof. GLADIS CECILIA ALFARO PARI, DNI 01783071**, quien solicita a partir del 17 de julio al 14 de agosto del 2024, para que se emita el acto administrativo.

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"



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO

EMBLEMÁTICA

I.E.S. "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

Resolución Ministerial N° 318-2010-ED

Jr. Santa Bárbara N° 420 - Ilave ; Teléfonos: N° 051-505513 / 051-335784



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

DECRETO ADMINISTRATIVO N° 019-2024-DEIES"NSC" I

VISTO: El expediente N° 1358 de fecha 18 de julio 2024, presentado por la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente administrativo de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen" de Ilave, presenta formulario de validación de certificado médico, entendiéndose licencia con goce de haber por salud, a partir del 17 de julio al 14 de agosto del 2024.

Que, según el artículo 71 de la reforma magisterial Ley N° 29944, señala el trámite de la licencia se inicia en la institución educativa y concluye en las instancias superiores correspondientes; por lo que,

SE DECRETA:

PRIMERO.- Conceder licencia con goce de haber a favor de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, DNI N° 01783071, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen", a partir del 17 de julio al 14 de agosto del 2024.

SEGUNDO.- Notificar y elevar a la instancia superior de la Oficina de Personal de la UGEL El Collao, para su conocimiento y trámite administrativo.

Ilave, 18 de julio del 2024



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



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



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
I.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE
N° 003810
RECEPCIÓN
FECHA INGRESO: 18 JUL 2024
N° REGISTRO: 1358
FOLIOS: FOLIOS
FIRMA: [Signature]

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0249-95-ED

SOLICITA: Descanso Médico

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

Alfaro Pani Gladis Cecilia

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

I.E.S. "Nuestra Señora del Carmen"

Centro de Trabajo

01783071

D.N.I.

Jr. Arica # 558 - Ilave

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

Fundamento del Pedido: Que, encontrándome en la actualidad incapacitada, en tal sentido se me amplía el Descanso Médico otorgado por Es Salud - Puno (Hilari Obaguivel Nedy).
Solicito acceder a mi solicitud por ser de Ley.

Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos:

Copia del Certificado

POR LO EXPUESTO:

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

Ilave, 18 de Julio del 2024

[Signature]
FIRMA DEL SOLICITANTE



FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:

Apellido Paterno: Alvaro Apellido Materno: Pari Nombres: Gladis Cecilia

D.N.I. Carnet de Extranjería / Pasaporte N° 01783071 Teléfono fijo y/o Celular.: 951424500

Domicilio: Tr. Anica # 358 Departamento: Puno Provincia: El Collao Distrito: Ilave

Correo electrónico: _____

II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar sólo si es distinto al solicitante):

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____

D.N.I. Carnet de Extranjería / Pasaporte N° _____

HOSPITAL III BASE PUNO

18 JUL 2024

RECEPCION

Hora: 01:07 Firma: _____

III. SERVICIO SOLICITADO:

<input type="checkbox"/> Copia de Historia Clínica	<input type="checkbox"/> Informe Médico
<input type="checkbox"/> Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT	<input type="checkbox"/> Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud
<input type="checkbox"/> Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990	<input type="checkbox"/> Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) Años con incapacidad total y permanente para el trabajo
<input checked="" type="checkbox"/> Validación de Certificado Médico	Otro: _____

Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:

CONTINGENCIA: _____ (Consignar el código de la tabla de contingencias que esta al reverso del formulario)

ATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA

Número de RUC	Razón Social	Trabajo habitual u ocupación
_____	_____	_____

PERIODO A VALIDAR:

Del: 17/07/2024 Al: 14/08/2024 Total días: 25 días

DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta: Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención

IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

<input type="checkbox"/> Copia simple	<input type="checkbox"/> Correo Electrónico*	Comprobante de Pago:
<input type="checkbox"/> Medio magnético*	<input type="checkbox"/> Otros:	
		Fecha: _____ N° de comprobante: _____

V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)

Marque con un aspa "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada

SI NO

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA

N° de Documento de Identidad: _____ Apellidos y nombres: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS CONSIGNADOS SON VERDADEROS

Apellidos y nombres del titular o representante: Alvaro Pari Gladis Cecilia

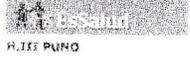
Firma del titular o representante legal: _____

Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34º, numeral 34.3 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: "En caso de comprobar fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará no satisfecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, ésta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente".

*Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud

18/7/24, 8:29

Emission del Citt por la Atencion en Cext



Calidad de Atención al Paciente



- Historial de Atenciones**
- Bienvenida(a)
 - MILARI OLAGUIVEL NEDY**
 - Salir Atencion Paciente
 - DynaMed
 - Cochrane EBS
 - BVS Peru
 - Accidentes
 - Ultimas Atenciones
 - CEXT-MED.FI - 18/07/2024
 - CEXT-MED. C - 26/06/2024
 - CEXT-MED. C - 24/06/2024
 - CEXT-MED. C - 22/06/2024
 - CEXT-MED. C - 21/06/2024
 - CEXT-MED.FI - 21/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 21/06/2024
 - CEXT-MED. C - 20/06/2024
 - CEXT-MED. C - 19/06/2024
 - CEXT-MED. C - 18/06/2024
 - CEXT-MED. C - 17/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 14/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 13/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 13/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 12/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 11/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 11/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 10/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 08/06/2024
 - CEXT-MED. C - 05/06/2024
 - CEXT-TECNOL - 05/06/2024
 - CEXT-MED. C - 29/05/2024
 - CEXT-MED.FI - 29/05/2024
 - CEXT-GINECO - 25/05/2024
 - CEXT-CIRUG - 23/05/2024
 - CEXT-MED. C - 24/05/2024
 - CEXT-MED. C - 23/05/2024
 - CEXT-TECNOL - 20/05/2024

Datos del Paciente

Apellidos y Nombres : ALFARO PARI GLADIS CECILIA
Teléfono Celular : 951424500
Doc. de Identidad : D.N.I. 81783071 **Sexo :** FEMENINO
Tipo de Seguro : OBLIGATORIO
Parentesco c/ Titular : TITULAR Autogenerado : 6098100AAPIG001
Tipo de Atención : ACTO MÉDICO
Número : 2156348
Área Hospitalaria : CONSULTA EXTERNA
Profesional : MILARI OLAGUIVEL NEDY Colegiatura : 48437
Actividad Hosp. : ATEN.MED.AMBUL.

Fecha de Vigencia : 07/08/2024
Teléfono Fijo : SIN REFE
Nro Historia Clínica : 146974
Plan de Salud :
Tipo de Paciente : ADSCRIPCION TEMPORAL
Cobertura :
Fecha de Atención : 18/07/2024
Era en la Atención : GS A 11 M 8 D
Especialidad : MED.FIS.Y REHABIL.
Actividad Especifica : CONSULTA MEDICA

- CITT NO corresponde a tipo de Paciente "ASIGNACION TEMPORAL"
- CITT NO corresponde a tipo de Paciente "ASIGNACION TEMPORAL"

Datos de Control del Paciente

Nro Días Consecutivos
 Nro Días No Consecutivos
 Emisión del CITT Bloqueado ?

Datos para la Emisión del CITT

Número de CITT :
 Fecha de Otorgamiento: 18/07/2024

Diagnóstico Principal

Diagnóstico Secundario

Tipo de Atención CITT

CEXT

Contingencia

ENFERMEDAD COMUN

Trabajo Habitual

Tipo de Carga

FISICA

Fecha Probable de Parto

//

CALCULAR DIAS

TEDIT = 0

Fecha Inicial Descanso

16/07/2024

Nro de Días de Descanso

0

Fecha Final Descanso

//

Generar CMS

Imprimir CMS

PP.SS. Tratante : M 48437 Usuario : 48552855

Grabar

Regresar

Alergias : - No Registra -
Edad paciente : 55 años a más
PACIENTE CON RIESGO DE ERC

- 29/05/2024 NISTATINA 25,00H/L/6X50G CREMA VAGINAL TU 1,00
- 29/05/2024 ESTROGENOS 0,1% X 15 G CREMA TU 3,00
- 27/05/2024 TRAMADOL (CLORHIDRATO) 50 MG TB 30,00
- 27/05/2024 CETRIZINA 10 MG TB 30,00
- 27/05/2024 BETAMETASONA (DIPROFONATO) 0,05 % CREMA X 20 30 G TU 1,00
- 07/05/2024 PARACETAMOL 500 MG TB 30,00

- 19/07/2024 REC.MED.FIS.Y REHABIL. ATEN.MED.AMBUL. - CON
- 05/06/2024 REC.GINECOL. Y OBSTETR. ATEN.MED.AMBUL. - C

Dra. Nedy Milari Olaguivel
 MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACION
 C.O. N.º 48437
 El Saludo