

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

Ilave, 04 de noviembre del 2024

OFICIO N° 0186-2024-D.EIES”NSC”I

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

ASUNTO : ELEVA SITUACIÓN LABORAL DEL SR. CESAR AUGUSTO CONDORI AGUILAR, PERSONAL DE SERVICIO 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 situación laboral del Sr. **CESAR AUGUSTO CONDORI AGUILAR**, DNI N° 01312751, personal de servicio de la IE, de acuerdo al siguiente detalle:

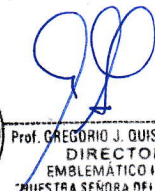
PRIMERO. - Que, con fecha 23 de octubre del 2024, el indicado servidor ha sido hospitalizado, conforme se observa en la constancia de hospitalización. Luego con fecha 31 de octubre del 2024, se le otorga CITT N° A-140-00018601-24, indicando periodo de incapacidad desde el 23/10/2024 al 16/11/2024 (25 días).

SEGUNDO. - Que, según el expediente N° 1931 de fecha 04 de noviembre 2024, solicita justificación de inasistencia y además acompaña el CITT detallado en el primer punto; en consecuencia, entendiéndose como Licencia con goce de haber por motivos de salud. Finalmente se eleva los actuados para que se emita el acto administrativo.

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

Atentamente,



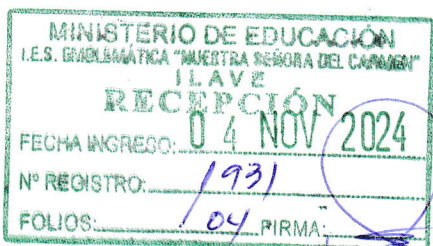

Prof. GREGORIO J. QUISPELLANO
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
“NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN”

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

ESCRITO N.º : 01-2024.

SUMILLA : Justificación de inasistencia.

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA “NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN” - ILAVE.



CESAR AUGUSTO CONDORI AGUILAR, identificado con D.N.I. N.º 01312751, domiciliado en Urbanización del Carmen Mz. “C” L.t. 4, distrito de Ilaye, provincia de El Collao y departamento de Puno; Ante Ud., con el debido respeto me presento y digo:

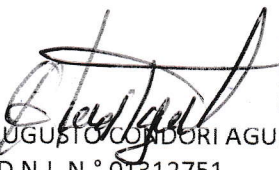
Que, conforme lo establece el artículo 2º inciso 20 de la Constitución Política del Estado, acudo ante su distinguida autoridad con la finalidad de saludar y a la vez de justificar las inasistencias por parte del recurrente, ello obedece por mi delicado estado salud y conforme se puede verificar del Certificado de Incapacidad Temporal Para el Trabajo, de fecha 31 de octubre de 2024, expedido por el Dr. Nilton Amalfi Cruz Ticona y otros documentos que acompaño a la presente solicitud para que se tenga conocimiento y se tenga por justificado mis inasistencias; esto obedece por motivos estrictamente de salud y de acuerdo al régimen laboral que me encuentro solicito amparar la presente.

POR LO EXPUESTO; Pido a usted señor director atender la presente solicitud.

ANEXOS.

- 1-A. Copia del certificado de incapacidad temporal para el trabajo, de fecha 31 octubre de 2024.
- 1-B. Copia informe de alta.
- 1-C. Constancia de hospitalización.

Ilaye, 04 de noviembre de 2024..


CESAR AUGUSTO CONDORI AGUILAR
D.N.I. N.º 01312751

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : **A-140-00018601-24**

Acto Medico: 2308732 - 4

Servicio: BA1 UROLOGIA GENERAL

Nombre Asegurado: CONDORI AGUILAR CESAR AUGUSTO

Doc. de Identidad: D.N.I. 01312751

Autogenerado: 6703301CDAIC005

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 23/10/2024

Fecha Fin: 16/11/2024

Total de Dias: 25

F. de Otorgamiento: 31/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 25

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 63077
CRUZ TICONA NILTON

RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 40

Usuario: CRUZ TICONA NILTON AMALFI

Fecha: 31/10/2024 Hora: 13:46:10


DR. NILTON AMALFI CRUZ TICONA
UROLOGO
IMP. 63077 RNE. 01312751

INFORME DE ALTA

El Jefe del Servicio de Cirugía del Hospital
Base III informe que el (a) paciente
Condori Aguilar Cesar ingreso al Servicio el día
con el diagnóstico de Hipertrofia de Prostata

Durante su Hospitalización:

Evolución Favorable

Se realizaron los siguientes estudios complementarios

Procedimientos Especiales:

Intervenciones Quirúrgicas: Prostatactomía

Tratamiento Farmacológicos y otras terapias complementarias:

Diagnóstico de Alta: convalecencia consecutiva a cirugía

Transferencia a Consulta Externa para los Servicios de:

Próxima cita para el día Consultorio Nro

Indicaciones Terapéuticas

Medicamento	Presentación	Dosis	Horas	Días
<u>Naproxeno</u>	<u>C/8h</u>	<u>7d</u>		
<u>Ciprofloxacino</u>	<u>C/12h</u>	<u>7d</u>		
<u>Omeprazol</u>	<u>C/24h</u>	<u>5d</u>		
<u>Acido Tranexámico</u>	<u>C/24h</u>	<u>3d</u>		

Dieta

Actividades Restringidas

El personal y la jefatura de este servicio agradece al habernos permitido atenderle y las sugerencias y opiniones que se sirva formular en la encuestas proporcionadas.

Atentamente

Dr. NILTON AMALFI CRUZ TICONA
UROLOGO
EMP. 83277 10/12/2009

CONSTANCIA DE HOSPITALIZACIÓN

EL ASEGURADO (A): Cesar Augusto Gondon Aguirre

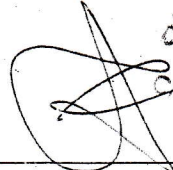
NUMERO DE DNI Y/O. N° SEGURO: 01312751

HOSPITALIZADO (A) EN EL SERVICIO DE: CIRUGIA ESPECIALIDADES

MEDICO RESPONSABLE: Dr. Nilton Cruz

DESDE EL DIA: 23/10/24

Se expide la presente CONSTANCIA a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente


Dr. NILTON A. CRUZ TICONA
CIRUJANO UROLOGO
C.M.P. 63077 R.N.E. 37695

FIRMA Y SELLO