



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN-PUNO
UGEL EL COLLAO ILAVE
IEP. 70339.

OFICIO N° 029-2024/ DIEP.N° 70339/Chipana/Pilcuyo/Ilave.

SEÑOR (a): Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO
Directora de la UGEL EL Collao Ilave

PRESENTE.-

ASUNTO : Eleva Documento

REFERENCIA: Solicitud de Licencia del Profesor Nicasio Ventura Mamani

Tengo el honor de dirigirme a usted con la finalidad de hacer llegar un saludo cordial a nombre de la Institución Educativa Primaria N° 70339 de Chipana-Pilcuyo, al mismo tiempo informarle sobre internamiento por motivos de salud del profesor Nicasio Ventura Mamani, en el hospital ESSALUD-Puno, actual docente nombrado de la institución educativa a mi cargo y se detalla de la siguiente manera:

PRIMERO.- Que en fecha 24 de mayo del presente año doña Margarita Ramirez Pari, en su condición de conyuge del profesor Nicasio Ventura Mamani, presenta licencia por motivos de salud y al mismo tiempo comunica el internamiento en el hospital Regional ESSALUD de la ciudad de Puno, el día 23 de mayo del año en curso manifestando que en su oportunidad adjuntará el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo.

SEGUNDO.- Que posteriormente la señora Margarita Ramirez Pari, comunica que su señor esposo profesor Nicasio Ventura Mamani, luego de su intervención quirúrgica ha pasado a la Unidad de Cuidados Intensivos.

TERCERO.- Que como director de la institución educativa y afín de garantizar la Enseñanza -Aprendizaje de sus alumnos he solicitado que adjunte el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo para solicitar su reemplazo correspondiente y su señora esposa solo me alcanzo la constancia de atención expedido por el medico Emergencista José Sairitupa Flores, donde menciona que se encuentra a la fecha en la Unidad de Cuidados Intensivos-UCI. en el hospital ESSALUD Puno.

CUARTO.- Por estas consideraciones elevo la solicitud de licencia presentada por la señora esposa del profesor Nicasio Ventura Mamani, y la constancia expedida por el hospital de ESSALUD de la ciudad de Puno, para su conocimiento y al mismo tiempo

solicitar a sus digna autoridad el reemplazo del citado docente a fin de garantizar el normal desarrollo de la enseñanza aprendizaje de los estudiantes.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas y estima personal.

Atentamente,

 
Lic. Alex Guevara Guevara
DIRECTOR



Solicito: Licencia por Motivos de Salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PRIMARIA N.º 70339 DE CHIPANA.

Margarita Ramírez Pari,

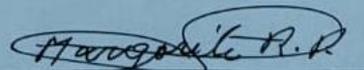
Identificada con DNI: 00502931
Con domicilio en Villa Chipana
actual esposa del Profesor
Nicasio Ventura Mamani docente
de la Institución Educativa
primaria 70339 de Chipana, del
distrito de Pilcuyo, Provincia
de El Collao ante usted, con
el debido respeto me presento
y expongo.

Que, estando muy delicado de
salud mi esposo profesor Nicasio Ventura Mamani, que ha sido
internado en el hospital de ESSALUD de Puno, el día jueves
23 de mayo del presente año, por lo que solicitó licencia
por motivos de salud y que posteriormente adjuntaremos el
Certificado de Incapacidad Temporal para el trabajo.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor director acceder a mi
petición por ser de Justicia y de Ley.

Chipana, 24 de mayo del 2024.


MARGARITA RAMIREZ PARI
00502931



FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO LEY N° 30012 (*)

Que, habiéndose solicitado la emisión del certificado médico necesario para el goce de la licencia prevista en la Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, el médico que suscribe la presente, cumple con indicar lo siguiente:

Nombre del establecimiento y dirección:
Hospital de Salud Puro Bosa III
Salcedo - Puro

DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL FAMILIAR DIRECTO
Nombre: <u>Alexis Ventura Mamani</u>	Nombre: <u>Margarita Ramirez Pao</u>
Documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> DNI <u>0305264</u> <input type="checkbox"/> Carné de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros (especificar)	Documento de identidad: <input checked="" type="checkbox"/> DNI <u>00502931</u> <input type="checkbox"/> Carné de extranjería <input type="checkbox"/> Pasaporte <input type="checkbox"/> Otros (especificar)
N° de Historia Clínica: <u>55854</u>	Vínculo con el paciente: <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Madre <input checked="" type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador

Diagnóstico del paciente (según CIE - 10 o versión actual vigente):
Insuficiencia Renal crónica Aguda J96.0
Obstrucción Intestinal K56.3

Calificación de la Enfermedad:
 Enfermedad grave Accidente grave Enfermedad terminal

¿Se ha requerido hospitalización? Si No ; de ser afirmativa la respuesta, indicar las fechas de hospitalización:
23-05-2024 Pacien Entrenamiento Quirúrgico
momento pasa a la Unidad de Cuidados
Intensivos (UCI)

Otros (especificar):
Pacien en analgesia de
Salud Bajo soporte vital

Javier Falcon R
 CMP 012905
 Firma, CMP, Sello

CONSTANCIA DE ATENCION

El asegurado (a): VERUTURA MARIANO VICARIO

Seguro N°: _____

Atención en el consultorio de: ON UCD A LA FUERA

Por el Dr. (a): _____

El día: 26/05/24

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



Jose A. Sairitupa Flores
MEDICO EMERGENCISTA
CMP: 55317 - RNS 33023

FIRMA Y SELLO