



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



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

Illave, 19 de julio del 2024

**OFICIO N° 054-2023-MINEDU/DREP/UGELEC/D-IEP- 71007 "MZG"- ILLAVE**

**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 LICENCIA CON GOCE DE SALUD DE DOCENTE.**

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 Illave, Provincia de El Collao y Departamento de Puno; para **REMITIR LA SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR ENFERMEDAD DE LA PROF. ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME, QUE INICIA EL 15 DE JULIO AL 13 DE AGOSTO DEL 2024 (30 DIAS)**

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

Se anexa **SOLICITUD Y CITT DE LA DOCENTE ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME.**

Le expresamos nuestra más alta consideración y estima personal.

Atentamente,



*Roman Castillo Romero*  
Roman Castillo Romero  
DNI N° 01319384  
DIRECTOR

**SUMILLA: SOLICITO LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS SALUD.**

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

Yo **ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME**, Docente Nombrada de nuestra Institución Educativa Primaria 71007 Mariano Zevallos Gonzales, identificado con **DNI N° 01848643**, con domicilio real en el jr. 03 de Mayo N° 415, de la ciudad de Ilave, ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que por motivos de salud, **SOLICITO LICENCIA CON GOCE DE HABERES** a partir del 15 de julio al 13 de agosto del año 2024, tal como indica el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de fecha 18 de julio del presente año, esta solicitud lo hago por motivos de salud.

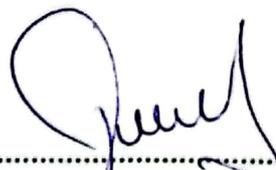
**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a Usted Señor Director acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

**ANEXO:**

- ✓ Copia simple de CITT.

Ilave, 18 de julio del 2024.



.....  
**ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME**  
**DNI 01848643**

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO  
CITT No.: A-140-00015602-24

Acto Medico: 2166446 - 1  
Servicio: AG3 ONCOLOGIA MEDICA

Nombre Asegurado: CHOQUEJAFUA LAYME ALICIA

Doc. de Identidad D.N.I. 01848643

Autogenerado: 6701130CQLMA002

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 15/07/2024

Fecha Fin: 13/08/2024

Total de Dias: 30

F. de Otorgamiento: 18/07/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 30

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 36087  
VARGAS NINA JUAN

RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 59

Usuario: VARGAS NINA JUAN CARLOS

Fecha: 18/07/2024

Hora: 16:54:35

HOSPITAL H.III PUNO  
Dr. Juan Carlos Vargas Nina  
MEDICO ESPECIALISTA ONCOLOGIA MEDICA  
CITP 2024 PUNO