



PERÚ

Ministerio
de Educación

UGEL EL COLLAO ILAVE

IES MARIATEGUI



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

Ilave, 22 de mayo del 2024.

OFICIO N° 0091 -2024-DREP-UGEL-EC/DIES"JCM" I.

SEÑORA : Prof. (ra) Norka Belinda Ccori Toro
DIRECTORA DE UGEL EL COLLAO ILAVE
PRESENTE.

ASUNTO : Eleva Informe de licencia por salud de la maestra
COAQUIRA RAMOS ELIZABETH

REFERENCIA : CITT. N° A-140-00013813-24

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo a nombre de la Institución Educativa Emblemática "JOSE CARLOS MARIATEGUI" de esta Ciudad de Ilave; el presente es para comunicarle la licencia con goce de remuneraciones de la maestra COAQUIRA RAMOS ELIZANETH, docente nombrada en la especialidad de C y T, al mismo que solicito se contrate su reemplazo por el periodo que señala el Certificado Medico de Incapacidad Temporal N° A-140-00013813-24 otorgando por Essalud Puno. Adjunto los documentos en referencia.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para renovarle mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Dña. Norka Vargus Murúa
DIRECTORA



I.- RESUMEN DEL PEDIDO:

SUMILLA: JUSTIFICACIÓN DE INASISTENCIA POR MOTIVO DE SALUD

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

SEÑOR (RA) DIRECTOR (RA) DE LA EMBLEMÁTICA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA "JOSE CARLOS MARIATEGUI" DE ILAVE, PROVINCIA DE EL COLLAO, REGION PUNO

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: COAQUIRA RAMOS ELIZABETH

DNI Nro: 01306075 CELULAR: 968943414

I.E.S. "EL JARLLLO" ILAVE
 I.E.S. "JOSE CARLOS MARIATEGUI" - ILAVE
MECA DE PARTES
 FECHA: 20 MAY 2024
 HORA: 08:11 PUNTO: 02
 E.D. Nº: 1409 FOLIO: 01

IV.- DIRECCION:

Jr. Nicaragua N° 129 Puno

V.- FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

Que, por motivos de salud, no podré asistir a laborar a la institución por estar con descanso médico por una intervención quirúrgica en el hospital de Essalud Puno. Por tal motivo solicito se me justifique mi inasistencia a partir de la fecha hasta el 31 de mayo, para ello adjunto el CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a Ud. Señora directora acceder a mi solicitud por considerarla justa.

VI.- DOCUMENTOS QUE ADJUNTAN:

- CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO.

VII.- LUGAR Y FECHA:

Ilave, 23 de Mayo de 2024



 FIRMA DEL SOLICITANTE

CARGO
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA
 "EL JARLLLO" ILAVE
 DEPARTAMENTO DE EDUCACIÓN
 PA. SDA
 PA. Comunicar y solicitar
 reemplazo a Ugel
 23/05/24

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No. : **A-140-00013813-24**

Acto Medico: 2070107
Servicio: B71 OFTALMOLOGIA

Nombre Asegurado: COAQUIRA RAMOS ELIZABETH
Doc. de Identidad: D.N.I. 01306075
Autogenerado: 6807030CQROE002

Tipo de Atencion: CENTRO QUIRURGICO
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 22/05/2024
Fecha Fin: 31/05/2024
Total de Dias: 10
F. de Otorgamiento: 22/05/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 10
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 66247
SUPO QUISPE MARIA

RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 10

Usuario: SUPO QUISPE MARIA ZUNILDA
Fecha: 22/05/2024 Hora: 15:40:18

[Handwritten signature]
SUPO QUISPE MARIA ZUNILDA
22/05/2024 15:40:18