

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

Chijichaya, 29 de octubre del 2024.

**OFICIO N° 020-2024/ME/DREP/UGEL-EC/IEP N°70356-CH.**

SEÑORA : Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO.  
DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO-ILAVE.  
**P R E S E N T E.-**

ASUNTO : ELEVO LA SOLICITUD DE PROFESOR: EFRAIN LEONARDO CHATA VELASQUEZ DONDE PIDE LICENCIA CON GOCE DE HABER.

Tengo el grato honor de dirigirme a usted para hacer de su conocimiento sobre LA SOLICITUD DEL PROFESOR EFRAIN LEONARDO CHATA VELASQUEZ en donde solicita LICENCIA POR SALUD CON GOCE DE HABER. A partir del día lunes 28 de octubre hasta Domingo 03 de noviembre del 2024, Que su despacho tome las acciones correspondientes.  
**Nota:** Su solicitud ha sido recibido por medio por whatsApp el día lunes 28-10-2024 a horas 3:20 pm.

Para mayor detalle adjunto al presente:

- Solicitud del profesor.
- Certificado médico.
- Copia de DNI del profesor solicitante.

Sin otro particular aprovecho de la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente.



Prof. GEDEON FLORES FLORES  
IEP N° 70356 CHIJICHAYA  
DIRECTOR

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

SOLICITO: LICENCIA POR SALUD CON GOSE DE HABER Y JUSTIFICACION DE INASISTENCIA  
SEÑOR: DE LA INSTITUCION EDUCATIVA PRIMARIA N° 70356 DE CHIJICHAYA,

ERAIN LEONARDO, CHATA VELASQUEZ

Identificado con DNI N° 01263567. Domiciliado  
en AV. Titicaca 539 Puno, con el cargo de  
PROFESOR DE AULA. Nombrado, ante Usted  
con el debido respeto me presente y expongo.

Que encontrándome delicado de salud, solicito a usted disponga se me conceda la respectiva  
licencia por Salud con Goce de Haber, a partir del 28 de octubre al 03 de noviembre del  
presente, para lo cual adjunto certificado de Incapacidad temporal No A-140-00018453-24, El  
permiso correspondiente, del 2024. Al mismo tiempo solicito justificar mi inasistencia a partir  
del día Lunes 28 de octubre hasta el día Domingo 03 de noviembre del 2024 donde me  
autorizan, el uso de CIT hasta la fecha correspondiente.

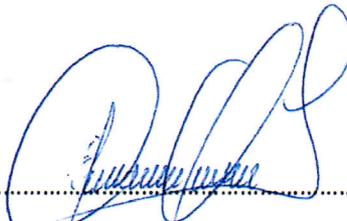
POR LO EXPUESTO: Esperando contar con su comprensión, Ruego a Usted. Por ser justicia  
atienda mi solicitud.

Atte.

llave 28 de octubre del 2024.

- Certificado Medica
- Copia de DNI.

Atte.

  
Prof. Efrain L. CHATA VELASQUEZ

*Recibido*  
*28-10-2024*  
*Hora: 3:20 PM.*

  
*[Handwritten signature]*  
Prof. GEDEON FLORES FLORES  
IEP N° 70356 CHIJICHAYA  
DIRECTOR

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS 140 - H.III PUNO  
CITId.: A-140-00018453-24

Acto Médico: 2315151  
Servicio: AC1 MEDICINA INTERNA

Nombre Asegurado: CHATA VELASQUEZ EFRAIN LEONARDO  
Documento de Identidad: D.N.I. 01263567  
Autogenerado: 7311221CTVAE000

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA  
Condición: ENFERMEDAD COMUN  
Medicamento:  
F. Parto de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 28/10/2024  
Fecha Fin: 03/11/2024  
Total de Dias: 7  
F. de otorgamiento: 28/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 7  
No Consecutivos: 0

PP.Sj. Tratante MEDICO 24217  
ORIHUELA GUTIERREZ MARIO  
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 38

Usuario: ORIHUELA GUTIERREZ MARIO GERARDO  
Fecha: 28/10/2024 Hora: 09:34:57

*(Handwritten signature)*  
Dr. Gerardo Orihuela Gutierrez  
R.N.E. 13486  
MEDICINA INTERNA  
HOSPITAL BASE ESSALUD PUNO

