



PERÚ

Ministerio de  
Educación

Dirección Regional de  
Educación de Puno

Unidad de Gestión  
Educativa Local El Collao

Institución Educativa Primaria  
Nº 70320 de Siraya

**“AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”**

Siraya, 7 de mayo del 2024

**OFICIO N° 020-2024- DREP/DUGEL-EC/DIEP. N°70320-S.**

SEÑOR : Dra. **NORKA BELINDA CCORI TORO**  
DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO

ASUNTO : REMITO SOLICITUD DE AMPLIACION DE LICENCIA  
POR SALUD CON GOCE DE HABER DEL PROFESOR ADALBERTO TOMAS  
CAXI LUPACA

REFERENCIA : RVM N° 081-2023-MINEDU

-----

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. con la finalidad de poner en su conocimiento que, la Dirección de la IEP N° 70320 de Siraya, reitera y remite la solicitud de ampliación de **licencia por salud con goce de haber** del profesor **Adalberto Tomas CAXI LUPACA** a partir del 24 de abril al 09 de mayo tal como indica el certificado de incapacidad temporal. Por lo cual se procederá a la propuesta de ampliación de contrato de acuerdo a la norma.

Remito adjunto a la presente, la solicitud de licencia, el certificado de incapacidad temporal.

Sin otro particular aprovecho de la oportunidad para expresar mis consideraciones más distinguidas y estima personal.

Atentamente



*Vilma Ticona Suriccallo*  
DIRECTORA  
IEP N° 70320 SIRAYA

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

**SOLICITO:** Licencia por incapacidad Temporal.

**SEÑORA DIRECTORA DE LA IEP Nro 70320 DEL CENTRO POBLADO DE SIRAYA.**

Yo, Adalberto Tomas CAXI LUPACA, identificado con DNI Nro. 01781857, profesor de aula de nuestra institución primaria Nro. 70320 que usted dignamente dirige. Ante ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que por motivos de salud, es que me dirijo a ud. señora directora, con la finalidad de solicitarle, mi licencia por incapacidad temporal, tal como consta mi certificado de incapacidad temporal para el trabajo, emitido por ES SALUD , de fecha 24 de Abril del presente año lectivo, para lo cual adjunto mi certificado de incapacidad.

**POR LO EXPUESTO;**

A usted señora directora, ruego acceder a mi petición por ser justo y legal.

Siraya, 24 de abril del 2024.

.....  
**Prof. Adalberto T. CAXI LUPACA**  
DNI.Nro 01781857.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO  
CITT No.: A-140-00012953-24

Acto Medico: 2034833  
Servicio: B81 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: CAXI LUPACA ADALBERTO TOMAS  
Doc. de Identidad: D.N.I. 01781857  
Autogenerado: 6912081CILAA006

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA  
Contingencia: ACCIDENTE COMUN  
Med. Control:  
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 24/04/2024  
Fecha Fin: 09/05/2024  
Total de Dias: 16  
F. de Otorgamiento: 24/04/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 67  
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante: MEDICO 33648  
CHURATA RAMOS CARLOS  
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 73

Usuario: CHURATA RAMOS CARLOS JACINTO  
Fecha: 24/04/2024 Hora: 10:30:06