



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



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

Ilave, 02 de julio del 2024

OFICIO N° 049-2023-MINEDU/DREP/UGELEC/D-IEP- 71007 "MZG"- ILAVE

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 Ilave, Provincia de El Collao y Departamento de Puno; para **REMITIR AMPLIACION DE SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR ENFERMEDAD DE LA PROF. BERTHA MAMANI QUISPE, QUE INICIA EL 01 AL 30 DE JULIO 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 BERTHA MAMANI QUISPE.**

Le expresamos nuestra más alta consideración y estima personal.

Atentamente,



  
Roman Castillo Romero  
DNI N° 01319384  
DIRECTOR

**SUMILLA** : Solicito ampliación de Licencia con goce por enfermedad.

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

BERTHA MAMANI QUISPE, Docente Nombrada de nuestra Institución Educativa Primaria 71007 Mariano Zevallos Gonzales, identificada con DNI 40702973, domiciliada en la Provincia de el COLLAO llave, ante Usted con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente;

Que, al amparo de lo establecido en la ley de la carrera publica magisterial, solicito ampliación de licencia con **goce de haber a partir del 01 de Julio al 30 de Julio del año 2024** por salud conforme a la prescripción médica, por encontrarme delicada de salud.

Adjunto al presente el respectivo Certificado de médico otorgado por el medico de ESSALUD.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a Usted Señor Director acceder a mi petición por ser justo y legal.

llave, 01 de Julio del 2024.



Prof. Bertha MAMANI QUISPE  
DNI 40702973

|  |   |
|--|---|
| MINISTERIO DE EDUCACIÓN<br>I.E.P. Nº 71007 MARIANO ZEVALLOS GONZALES<br>MESA DE PARTES |   |
| Fecha: 02 / 07 / 2024  |   |
| Hora: 8:40 a.m.  |   |
| Folios:<br>02  | Firma:<br> |

Formulario 8003 - I

USUARIO

**CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO**

EE.SS: 140 - H.III PUNO  
CITT No. : **A-140-00015066-24**

Acto Medico: 2138328  
Servicio: AG3 ONCOLOGIA MEDICA

Nombre Asegurado: MAMANI QUISPE BERTHA  
Doc. de Identidad: D.N.I. 40702973  
Autogenerado: 8012080MAQSB001

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

**PERIODO INCAPACIDAD**

Fecha de Inicio: 01/07/2024  
Fecha Fin: 30/07/2024  
Total de Días: 30  
F. de Otorgamiento: 01/07/2024

**DIAS ACUMULADOS**

Consecutivos: 30  
No Consecutivos: 90

PP.SS. Tratante MEDICO 36087  
VARGAS NINA JUAN

RUC: 20406266207

EsSalud RED ASISTENCIAL  
Dr. Juan Carlos Vargas Nina  
MEDICO ASISTENTE ONCOLOGIA MEDICA  
GMP 38087 RNE 29985

**OBSERVACIONES**

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 134

Asegurado en COMECI

Usuario: VARGAS NINA JUAN CARLOS

Fecha: 01/07/2024 Hora: 11:37:46