



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, 20 de agosto del 2024

OFICIO N° 064-2024-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 LA SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR ENFERMEDAD DE LA PROF. ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME, QUE INICIA EL 19 DE AGOSTO AL 17 DE SETIEMBRE 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
DNI N° 01319384
DIRECTOR

SUMILLA: SOLICITO AMPLIACION DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS DE 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 AMPLIACION DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES a partir del 19 de agosto al 17 de setiembre del año 2024**, tal como indica el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT), de fecha 19 de agosto del presente año, esta solicitud lo hago por motivos de salud.

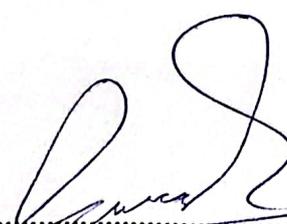
POR LO EXPUESTO:

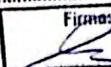
Ruego a Usted Señor Director acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

ANEXO:

- ✓ Copia simple de CITT.

Ilave, 19 de agosto del 2024.


.....
ALICIA CHOQUEJAHUA LAYME
DNI 01848643

MINISTERIO DE EDUCACIÓN I.E.P. N° 71007 MARIANO ZEVALLOS GONZALES MESA DE PARTES	
Fecha: 20/08/2024	
Hora: 8:21 a.m.	
Folios: 02	Firma: 

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

140 - H.III PUNO

CIT No. : A-140-00016450-24

Acto Medico: 2207536
Servicio: AG3 ONCOLOGIA MEDICA

Nombre Asegurado: CHOQUEJAHUA LAYME ALICIA
Doc. de Identidad: D.N.I. 01848643
Autogenerado: 6701130CQLMA002

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

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 19/08/2024
Fecha Fin: 17/09/2024
Total de Dias: 30
F. de Otorgamiento: 19/08/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 30
No Consecutivos: 30

PP.SS. Tratante MEDICO 39411
QUELOPANA VILLARROEL ELVA
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 89

Usuario: QUELOPANA VILLARROEL ELVA CATHERINE
Fecha: 19/08/2024 **Hora:** 11:16:04

Dr. Elva C. Quelopána Villarroel
ONCOLOGO GINECO OBSTETRA
CMP 39411 - RNE. 20449 RNE 30758
EsSalud