

Ilave, 09 de octubre de 2024

OFICIO N° 028 - 2024/ME/DREP/UGEL.EC/IES."AU"/D.**SEÑOR(A)** : Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO
DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO.**PRESENTE.-****ASUNTO** : REMITO SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE LICENCIA POR INCAPACIDAD
TEMPORAL**REFERENCIA** : SOLICITUD POR INCAPACIDAD TEMPORAL

Tengo el agrado de dirigirme a usted, en el marco de la **Resolución de la RVM N° 081-2023-MINEDU** de las licencias con goce de remuneraciones, comunico la solicitud de Ampliación de licencia con goce de remuneraciones por incapacidad temporal para el trabajo presentado por el profesor JESUS DEL CASTILLO ARIAS del área de Educación Física identificado con DNI 01872733, haciendo llegar al despacho de mi dirección la solicitud acompañado de la orden de descanso médico por 30 días otorgado por el médico Hematólogo Nefrólogo del ESSALUD – PUNO BASE III a partir del 09 de octubre al 07 de noviembre del año en curso.

Por lo que remito a su despacho los documentos correspondientes a fin de proceder con la contratación y adjudicación respectiva por propuesta directa esto en salvaguarda de los aprendizajes de nuestros estudiantes.

Con la seguridad de su atención al presente, hago propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Lic. Héctor Maquera Ticona
DIRECTOR

**SOLICITO: Ampliación de Licencia Con Goce De
Remuneraciones Por Incapacidad Temporal Para El
Trabajo**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA AGROINDUSTRIAL DE
ULLACACHI – ILAVE**

Yo JESUS DEL CASTILLO ARIAS, identificado con DNI
Nº 01872733 con domicilio en Jr. Loreto 308 de la
ciudad de Ilave, provincia El Collao. Ante usted con
el debido respeto me presento y expongo:

Que, siendo docente de Educación Física de la
Institución Educativa Secundaria Agroindustrial del centro Poblado de Ullacachi y
encontrándome delicado de salud con descanso médico, solicito ampliación de Licencia
con goce de remuneraciones a partir del 09 de octubre al 07 de noviembre del año en
curso, según constancia de orden de descanso del médico Hematólogo Nefrólogo del
ESSALUD - PUNO BASE III. Regularizaré oportunamente el CITT.

Adjunto:

Copia de orden de descanso

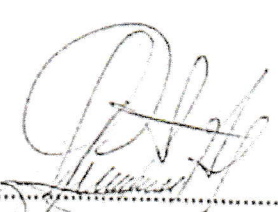
Copia de solicitud de ampliación de licencia a ESSALUD.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor Director acceder a mi solicitud por ser justa.

ilave 09 de octubre de 2024

Atentamente:



.....
Lic. JESUS DEL CASTILLO ARIAS
DOCENTE DE EDUCACIÓN FÍSICA



Firmado digitalmente por:
MANRIQUE RIVAS Kharla
Giovanna FAU 20131267750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 21/10/2024 14:34:20-0500

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO
CITT No.: **A-140-00018286-24**

Acto Medico:

Servicio: MED. CONTROL (MECO)

Nombre Asegurado: DEL CASTILLO ARIAS JESUS

Doc. de Identidad: L.E. / D.N.I. 01872733

Autogenerado: 7403111CTAAJ000

Tipo de Atencion: REGULAR. CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control: 35037 MANRIQUE RIVAS KHARLA GIOVANNA

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 09/10/2024

Fecha Fin: 07/11/2024

Total de Dias: 30

F. de Otorgamiento: 21/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 60

No Consecutivos: 30

PP.SS. Tratante MÉDICO 50588

RUC: 20406266207 UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 120

Ver condiciones y/o restricciones en www.essalud.gob.pe

Usuario: 01315094

Fecha: 21/10/2024

Hora: 14:36:27

Medico Cantal

DT = 30 días

CIE: N18.6
I 46.0

Desde 09/10/2014

Yvonne M. A. Masquez Ramos
Medico Hematologo-Seguro
CINE 50588 02141 - 02141