

**SUMILLA : LICENCIA CON GOCE DE
REMUNERACIONES POR ENFERMEDAD GRAVE DE
MI HIJO**

SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

ROSALINA CHATA RAMIREZ con DNI, 01213770, con domicilio real en el Jr. 28 de Julio N° 878 de la ciudad de Ilaye, Docente Coordinadora del PRONOEI de JACHOCCO de Ilaye, con el debido respeto me presento a su despacho y digo:

I. PETITORIO:

Como pretensión administrativa, SOLICITO: Licencia con goce de remuneraciones por enfermedad grave de mi Hijo. Por los fundamentos de hecho y derecho que paso a exponer:

II. FUNDAMENTOS DE HECHO y DERECHO:

2.1. El día Lunes 12 de Agosto del año en curso, no asistí a mi centro de labor por encontrarme trasladando a mi hijo a la ciudad de Lima en vuelo aéreo, por tratarse de emergencia, mi hijo se encuentra grave de salud, los médicos que dieron lectura a su resonancia magnética así lo confirman y actualmente estoy al cuidado de mi hijo por encontrarse en un estado de salud delicado. El tratamiento de salud se está realizando en el Hospital Nacional de Ciencias Neurológicas en la ciudad de Lima.

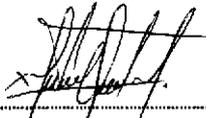
2.2. EL REGLAMENTO DE LA LEY N° 30012, LEY QUE CONCEDE EL DERECHO DE LICENCIA A TRABAJADORES CON FAMILIARES DIRECTOS QUE SE ENCUENTRAN CON ENFERMEDAD EN ESTADO GRAVE O TERMINAL O SUFRAN ACCIDENTE GRAVE, norma legal que en su Artículo 3 dispone: Trabajadores con derecho a la licencia. El derecho al goce de una licencia remunerada por el plazo máximo de siete (7) días calendario en caso de contar con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufran accidente grave, corresponde a los trabajadores de la actividad pública y privada, independientemente del régimen laboral al que pertenezcan, concordante la RVM. N° 081-2023-MINEDU, que en el sub numeral 5.3.1 expresa: El(a) profesor(a) nombrado(a) y contratado(a) tiene derecho a gozar como máximo de siete (7) días calendario de licencia con goce de remuneraciones en los casos de tener hijo, padre o madre, cónyuge o conviviente, o persona bajo su curatela o tutela, que padezcan de enfermedad grave o terminal o hayan sufrido accidente que ponga en serio riesgo su vida, con el objeto de asistirlo.

2.3. Amparo mi petición en: Artículo 117 sub numeral 117.1 del TUO de la ley 27444, que establece: "Cualquier administrado, individual o colectivamente, puede promover por escrito el inicio de un procedimiento administrativo ante todas y cualesquiera de las entidades, ejerciendo el derecho de petición reconocido en el artículo 2 inciso 20) de la Constitución Política del Estado". Se glosa documentos sustentatorios. Por otra parte, me comprometo a regularizar el documento de vínculo familiar (acta de matrimonio) y otros, el mismo que por encontrarme en otra ciudad no puedo adjuntar, lo estaré alcanzando al término de la distancia.

POR LO EXPUESTO:

A usted pido ordene a quien corresponde acceder a mi pedido por ser justo y legal.

Ilaye, 16 de Agosto de 2024.



Prof. Rosalina CHATA RAMIREZ
DOCENTE COORDINADORA

FORMATO DE CERTIFICADO MÉDICO LEY N° 30012 (*)

Que, habiéndose solicitado la emisión del certificado médico necesario para el goce de la licencia prevista en la Ley N° 30012, Ley que concede el derecho de licencia a trabajadores con familiares directos que se encuentran con enfermedad en estado grave o terminal o sufren accidente grave, el médico que suscribe la presente, cumple con indicar lo siguiente:

Nombre del establecimiento y dirección: INSTITUTO NACIONAL DE ESPECIALIDADES NEUROLÓGICAS
HOSPITAL SAN ANTONIO 17771 CERRO DE PELLAY

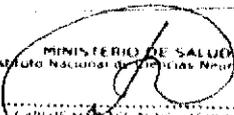
DATOS DEL PACIENTE	DATOS DEL FAMILIAR DIRECTO
Nombre: <u>YVON Y MARCELA ESPINOSA CORTI</u>	Nombre: <u>ROSALBA OLIVERA RAMÍREZ</u>
Documento de identidad	Documento de identidad
<input checked="" type="checkbox"/> DNI <u>30114001</u>	<input checked="" type="checkbox"/> DNI <u>01215770</u>
<input type="checkbox"/> Carné de extranjería	<input type="checkbox"/> Carné de extranjería
<input type="checkbox"/> Pasaporte	<input type="checkbox"/> Pasaporte
<input type="checkbox"/> Otros (especificar)	<input type="checkbox"/> Otros (especificar)
N° de Historia Clínica	Vínculo con el paciente.
	<input type="checkbox"/> Padre <input checked="" type="checkbox"/> Madre
	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente <input type="checkbox"/> Hijo(a)
	<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Curador

Diagnóstico del paciente (según CIE - 10 o versión actual vigente):
TUMOR CEREBRAL CIE-10: D43.8

Calificación de la Enfermedad:
 Enfermedad grave Accidente grave Enfermedad terminal

¿Se ha requerido hospitalización? Si No ; de ser afirmativa la respuesta, indicar las fechas de hospitalización:
HOSPITALIZACIÓN 8 LUNES 12 - AGOSTO - 2024

Otros (especificar):


MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Especialidades Neurológicas
 M. C. CARLOS MARCELO TUNO VÁSQUEZ BEREZ
 Jefe del Departamento de Investigación en Ciencias
 y Atención de Emergencias, Unidad Neurológica
 R. 001 30012 0001 2024

(*) El presente certificado médico tiene una vigencia de siete (7) días calendario contados a partir de su emisión.

SNY

CHATA/ROSALINA

H2 5164

11:10 12AUG 1F

SEQ NO
189

OPERATED BY AIRPORT

PLEASE CHECK GATE ON MONITOR

FLY FROM JUL

FLY TO MONTE 11:50

DR: HGPTG
ET

FLY TO LIM

FLY FROM 13:40

PLEASE BOARD GATE OF GATE
BEFORE TERMINAL

20 MIN



SNY

QUISPE/YERSON

H2 5164

11:10 12AUG 22F

SEQ NO
190

OPERATED BY AIRPORT

PLEASE CHECK GATE ON MONITOR

FLY FROM JUL

FLY TO MONTE 11:50

DR: HGPTG
ET

FLY TO LIM

FLY FROM 13:40

PLEASE BOARD GATE OF GATE
BEFORE TERMINAL

20 MIN





INSTITUTO NACIONAL
DE NEUROLOGÍAS

C=7

QUISPE CHATA YERSON
TRUJÍA DE CRANEO (CX GRANDES)

INSUMOS		CANTIDAD
Tubuladura no conductiva (argyle)	810	04
Campo quirúrgico adhesivo 60X45cm (steridrape)	810	01
Frasco estéril para muestra		02
Celulosa oxidativa 4in x 8in (surgicel)	810	04
Esponja hemostática 10 x 12 cm (Hemogelita)		03
Agua destilada 1litro	810	04
Sabana clínica estéril 200 cm x 150 cm		06
Algodón prensado 7.5 x15cm x 10 láminas (cottones)		01
Prolene 4/0 HS 15 o 17		03
Forro para microscopio (según muestra)		01
Cloruro de sodio 1 litro	810	06
Seda negra 4/0 DS 10 o 15	810	04
Seda Negra 2/0 DS 30		05
Vicryl 1 HR 40	810	06
Nylon 3/0 HS 30		04
Hoja de bisturi n°20	810	05
Hoja de bisturí N°15		03
Jeringa 01	810	04
Esparadrapo antialérgico 3M ancho 5 cm		01
Clorhexidina al 4% por 1 litro		01
Lápiz marcador de piel	810	01

MINISTERIO DE SALUD
Instituto Nacional de Neurologías

DR. CARLOS ANDRÉS TUNO GÓMEZ PEREZ
Médico Decano de Neurología y Cirujano Jefe de Neurocirugía
y Neurología Experimental y Neurofisiología
Calle 17 No. 1161

HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ

CENTRO DE HEMOTERAPIA

CONSTANCIA DE DEPOSITO N° 933-24.

NOMBRE DEL PACIENTE: JERSON OLIVERA CHIFA.
DIAGNÓSTICO: GRUPO SANGUÍNEO: O POSITIVO.
SERVICIO: FUCN. CAMA: H. C.: FUCN.

NÚMERO DE DONANTES ATENDIDOS: 03 TRES (DONANTE)

NÚMERO DE UNIDADES DISPONIBLES: 03 TRES (DND).

ESTA CONSTANCIA EXPIRA: FECHA EXPEDICION DE CONSTANCIA: 14.08.24.

Nota: Esta constancia de Depósito ES INTRANSFERIBLE, deberá ser llenada por duplicado por el personal del HONADOMANI SAN BARTOLOMÉ.

NOMBRE DEL T. M. RESPONSABLE: A USM

FIRMA: [Signature]



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA ANESTESIA PARA CIRUGÍA MAYOR

Nombres y Apellidos: Jerson Quique Choto
N.H. Cl.: 745332 DNI N°: 15261707
SIS: [] Particular: [] Procedencia: Casan
Diagnóstico: Tumor Sinclenoidal
Procedimiento: Ct + Resecia de tumor

Atiende en SOS (parramari)

Table with 2 columns and 2 rows. Row 1: Medical supplies (Transductor DICOM, Abocath n°20, Abocath n°16, Espaldrapo de tela de 5cm (3M), Ondansetron 8 mgr ampolla). Row 2: Date (4/08/24) and Signature.



**NEUROSALUD
PERÚ**

"Atención médica especializada en
Neurología y Neurocirugía"

Paciente: Yveson Quispe Chito

Rp.

* Divacort 44 (TMS) # 10

2 TMS D/A/C

* Acetaminoleno 250mg (TMS) # 10

1 TMS D/A/C

Fecha: 12/28/2017

NEUROSALUD PERÚ
Dr. Carlos Muro De Tardío
MÉDICO - NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
C.M.P. 48202 R.N.E. 22072

Cita de control: 1 / 1

Av. Arenales 1475. Oficina 101. Urb Santa Beatriz (Frente al Hospital Rebagliati)

(01) 777 1619 970 936 249  neurosaludperu2018@gmail.com / www.neurosaludperu.com

COPIA
LUGAR DE RECIBIR: REGISTRO CORRECCIONALES DEL REGISTRO DE R. 199 2008 MINSA



INSTITUCIONAL DE CESAR Y SU ORGANIZACION



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

APellidos y Nombres: **QUISPE CHATA YERSON MIGUEL**

Nº de Documento

Carné de Identificación: **7045532**

Nº de Historia Clínica: **7074575**

Fecha de Emisión: **14/08/2024**

Edad: **31** años

DIAGNOSTICO: **TRASTORNO DE ANSIEDAD GENERALIZADA**

MEDICAMENTO (DCH) CONCENTRACION	CANTIDAD	INDICACIONES (Dosis, Via y Frecuencia)
AMITRIPTILINA 25 MG/ML SOLUCION	1	
CLONIDINA 0.2 MG/ML SOLUCION	1	
QUETIAPINA 150 MG/ML COMPRESAS	1	
TRAZOLAM 375 MG/ML COMPRESAS	1	
PARALITAMOL 50 MG TAB	1	
PARALITAMOL 50 MG TAB	1	

FECHA: **14/08/2024** RECETA VALIDA POR: **14 DÍAS**

INDICACIONES:

CESAR CHONTANILLO
MEDICO NEUROLOGO
C.M.S. 00000000000000000000



PERÚ Ministerio de Salud



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS NEUROLÓGICAS
Jr. Ancash 1271 Barrío Alto. Lima 1 Perú
Tel: 411-7700



RECETA ÚNICA ESTANDARIZADA

APELLIDOS Y NOMBRES: QUISPE CHATA YERSON MIGUEL

N° 487601

H.C.: 0745332

PREFACTURA: 7874575

ORIGEN: EM CAT. PAGO: SIS

EDAD: 28

DNI: 70001662

DIAGNÓSTICO: TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DEL ENCÉFALO, PARTE NO ESPECIFICADA

(CIE-10) D43.2

MEDICAMENTO (DCI) / CONCENTRACIÓN	CANTIDAD	INDICACIONES (Dosis, vía, freq. y duración)
SODIO CLORURO (0.9%) INY 1 L	1	
LLAVE 3 C EXTENSION DIS 50 CM*	1	
EQUIPO DE VENOCISIS *	1	
CATETER ENDO.PERIF 22GX1"	1	
CATETER ENDO.PERIF 18GX1 1/4"	2	
AGUJA HIPOD.DESC 23G X 1"	1	
AGUJA HIPOD.DESC 25G X 5/8"	1	
GASA FRACCIONADA 10X10 8 PLIEG	4	
APOSITO TRANSPARENTE 10 X 12CM	6	
JERINGA DESC.10ML C/A21G 11/2"	4	
ELECTRODO DESCARTABLE ADULTO	8	
MANDIL "NO ESTERIL TALLA MED"	2	
GUANTE DES PEXAMEN TALLA M	100	
GUANTES QUIRURGICOS DES.N° 7.5	2	

FECHA: 12/08/2024 RECETA VÁLIDA POR: 14/08/2024

OBSERVACIONES:

CÉSAR A. CHACALTANA VINAS
MÉDICO NEURÓLOGO
C.M.P. 084162 H.N.E. 048996

COPIA
LLENAR EL RECETARIO CORRECTAMENTE SEGÚN R.M. N° 102-2000/MINSA