

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

Yaurima, 01 de marzo del 2024

OFICIO N° 002 -2024 -ME/GRP/DREP/DUGEL- C/IEI N° 1465– Y -I.

SEÑORA : **Dra. Norka Belinda Ccori Toro**
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO -
ILAVE

PRESENTE.-

ASUNTO : SOLICITO LICENCIA POR MATERNIDAD de la IEI N° 1465 YAURIMA – ILAVE

Tengo el honor de dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo y al mismo tiempo SOLICITAR LA LICENCIA POR MATERNIDAD de la Profesora Lourdes SALAS FLORES de la **IEI N° 1465 Yaurima**; conforme a, al Certificado de incapacidad temporal para el trabajo por maternidad expedido por ESSALUD.

Adjunto:

- CIT
- Copia de DNI

Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones más distinguidas a su persona,

Atentamente,




Lic. Lourdes Salas Flores
DIRECTORA(e)



Firmado digitalmente por:
PAYI HUANCA Karla Sarina
FAU 20131267750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 07/03/2024 09:55:11-0500

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 452 - CAP II ACORA
CITT No. : **A-452-00010006-24**

Acto Medico: 98285
Servicio: AB1 MEDICINA GENERAL

Nombre Asegurado: SALAS FLORES LOURDES
Doc. de Identidad: D.N.I. 41392763
Autogenerado: 8207260SAFRL002

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: MATERNIDAD
Med. Control:
F. Prob. de Parto: 13/03/2024

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 07/03/2024
Fecha Fin: 12/06/2024
Total de Dias: 98
F. de Otorgamiento: 07/03/2024

DIAS ACUMULADOS

PP.SS. Tratante MEDICO 100454
PAYI HUANCA KARLA
RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Usuario: PAYI HUANCA KARLA SARINA
Fecha: 07/03/2024 Hora: 09:52:53

**CARNÉ DE CONTROL
MATERNO PERINATAL**

Establecimiento: CAP II BCCED

Señas Flores Loreo

APELLIDOS Y NOMBRES

No. H.C.

1 6 8 6

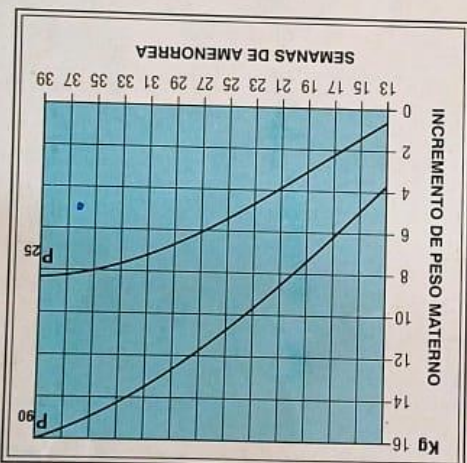
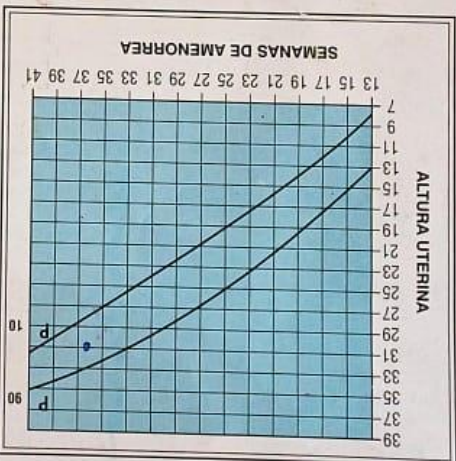
CITA DE CONTROL

AÑO	MES	DÍA	AÑO	MES	DÍA
2023	10	28	2024	03	14
2023	11	27			
2024	01	02			
2024	02	15			
2024	02	29			
2024	03	7			

CUMPLA CON LAS CITAS

Señales de Peligro:

- Vómito exagerado.
- Salida de sangre o líquido por su vagina.
- Fiebre o escalofríos.
- Hinchazón de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.



RESPONSABLE DEL CONTROL	ESTABLEC. DE LA ATENCIÓN	VISITA DOMICIL. (S/N/NA)	PERÍodo BIOLOGICO (4.8, 10 de 10/NSH/NA)	CONSEJERÍA PF (S/N/NA)	PULSO MATERNO (por min.)	EDEMA (+/++/+++)	MOV. FETAL (+/++/+++)	F.C.F. (por min./NA)	PRESENTACIÓN (C/P/T/NA)	ALTURA UTERINA (cm)	TENSIÓN ARTERIAL (mm. Hg)	TEMPERATURA (°C)	PESO MADRE (kg)	EDAD GEST. (semanas)	FECHA DE CONTROL
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	28/09/23	CONTROL 1
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	01-12-23	CONTROL 2
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	15/01/24	CONTROL 3
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	15/01/24	CONTROL 4
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	15/01/24	CONTROL 5
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	29/02/24	CONTROL 6
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x	07/03/24	CONTROL 7
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x		CONTROL 8
Hygien	Buro	NO	NSH	84 x	5/2	+	151	145 x	ND	21 cm	36.6	36.6	64 x		CONTROL 9

58% 91%

