



MINISTERIO DE EDUCACIÓN
REGIÓN PUNO
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN - PUNO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA N° 70666 – MACHACMARCA



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres 2018 - 2027".

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

Machacmarca, 24 de mayo de 2024

OFICIO N° 020-2024-DIEP-N° 70666-MM

SEÑOR(A) : Lic. Efraín Condori Rivera
DIRECTOR UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA
LOCAL - YUNGUYO
ASUNTO : Comunica Solicitud de Licencia por
ENFERMEDAD – Trabajador de Servicio - I.E.P.
N° 70666 de Machacmarca

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 308	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
3F	30 MAY 2024
EXPEDIENTE N°	6386
HORA: 4:00pm	FIRMA: [Firma]

Es un placer dirigirme a usted para **COMUNICARLE Y ELEVARE** la solicitud de licencia con goce de haber presentada a la dirección de la Institución Educativa Primaria N° 70666 de Machacmarca, por el Trabajador de Servicio **DANIEL JUAN SOTO TURPO** con DNI N° 01324694 quien solicita licencia con goce de haber por enfermedad, para lo que adjunto la solicitud presentada de manera virtual y el **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (CIT)** emitida por **ESSALUD**.

Se adjunta:

- Certificado de incapacidad temporal
- Solicitud de licencia sin goce de haber

Aprovecho la oportunidad para expresarle la deferencia y estima personal.

Atentamente;


Prof. José Luis Cáceres Flores
DIRECTOR

"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRO INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HERMANAS BURLADORAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

SOLICITO: Permiso por Salud

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA PRIMARIA NÚMERO 7066 DE
KACHICHAHUA

JOSÉ LUIS CACERES FLORES

YO, DANIEL JUAN SOTO TURO
CON DNI 0024094 CON DOMICILIO
EN EL JIRÓN LOS ANDES 215 PUNO
ANTE USTED RESPETUOSAMENTE ME
PRESENTO Y EXPRIMO:

TENIENDO LA NECESIDAD DE PEDIRLE PERMISO POR MOTIVOS DE SALUD ESTOY PIDIENDO
LICENCIA CON BASE DE HABER POR INCAPACIDAD TEMPORAL, YA QUE MI PERIODO FUE
CORTADO PARA LO CUAL ESTOY PRESENTANDO MI CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL
PARA EL CUAL VOY A AGENTAR Dicho DOCUMENTO QUE ES DEBO EL 24-03-2024 HASTA
EL 04-04-2024

A USTED SOLICITO ACCEDER A MI PETICIÓN

ATENTAMENTE


DANIEL JUAN SOTO TURO

DNI 0024094

P. 5

03/06/2024

10:00

CALLOAPAIZA PARI ABEL

0049

8.77

ATEP

vascular

Dr. Juan

Venas varicosas

del Hospital

informe que el (a) paciente

ingreso al Servicio el día

en

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE SS: 140 - H.III PUNO

CITT No.: A-140-00013963-24

Acto Medico: 2083308 - 3

Servicio: B31 CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR

Nombre Asegurado: SOTO TURPO DANIEL JUAN

Doc. de Identidad: D.N.I. 01324694

Autogenerado: 6701031SOTPD007

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 26/05/2024

Fecha Fin: 09/06/2024

Total de Dias: 15

F. de Otorgamiento: 28/05/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 15

No Consecutivos: 0

PP SS. Tratante MEDICO 17337
QUISPE ZAPANA VIDAL

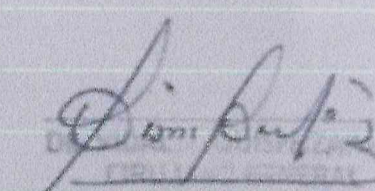
RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 29

Usuario: QUISPE ZAPANA VIDAL AVELINO

Fecha: 28/05/2024 Hora: 08:28:11


Dr. Daniel Soto Turpo
CIRUGIA DE TORAX Y CV
Código de Verificación: 0072/24417