

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

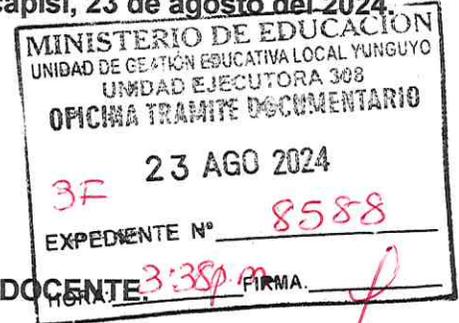
Tacapisi, 23 de agosto del 2024.

OFICIO N° 030-2024-D.IEP -70260-T-Y.

SEÑOR : Lic. EFRAIN CONDORI RIVERA.
DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO.

PRESENTE:

ASUNTO : SOLICITA AMPLIACIÓN DE CONTRATO DOCENTE.



Tengo el honor dirigirme a su autoridad y para poner de su conocimiento el profesor Teodoro QUISPE HUAYTA, con DNI 02374629. Docente de aula de la Institución Educativa Primaria N° 70260” Tacapisi, ha solicitado la ampliación de Licencia con Goce de Haber por salud; con Certificado Médico de incapacidad temporal para el trabajo; por Es Salud Red asistencial Juliaca, desde el día 20 de agosto hasta el día 03 de setiembre del 2024. Propongo ampliación de contrato Docente a la Prof. (ra). María Luz Fernández Mamani con DNI 01338053; desde 20 de agosto hasta 03 de setiembre del 2024, por (15 días). Puesto que el docente continúa trabajando el labor pedagógica con cuarto grado hasta el momento. Señor Director de la Ugel. Yunguyo, solicita cubrir por continuidad la plaza, con el docente contratado por propuesta, Adjunto el certificado médico.

Sin otro particular, es propicia la ocasión para expresarle mis consideraciones y estima personal.

Atentamente:

Prof. Ernesto Calderon Uruchi
DIRECTOR I.E.P. 70260
DNI. N° 01817302



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS. : 139 - H.III JULIACA

CITT No : **A-139-00015701-24**Acto Médico :
Servicio : MED. CONTROL (MECO)Nombre Asegurado : QUISPE HUAYTA TEODORO
Doc. de Identidad : DNI 02374629
Autogenerado: : 6304081QSHYT000Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA
Contingencia : ENFERMEDAD COMUN
Med. Control : 43491 FLORES AMPUERO ROSARIO ALICIA
F. Prob. de Parto :

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio : 20/08/2024
Fecha de Fin : 03/09/2024
Total de Dias : 15
F. de Otorgamiento : 22/08/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos : 15
No Consecutivos : 188

PP.SS. Tratante : MEDICO 62914



RUC: 20406267190 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE YUNGUYO

OBSERVACIONES :

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado : 262

Paciente a Comisión Médica

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

Usuario: 29569441

Fecha: 22/08/2024 Hora: 08:33:47

Datos del Paciente (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 Apellidos y Nombres: QUIPE HUAYTA TEODORO
 Doc. de Identidad: D.N.I. 02374629 Edad Actual: 61A 4M 12D
 Acto Médico: 2495927
 CAS de Atención Emergencia: H.III JULIACA
 Topica:
 Nro de Atenciones: 1
 Fecha de Vigencia: 07/09/2024
 Sexo: MASCULINO
 Nro Historia Clínica: 17113
 Fecha de Ingreso: 20/08/2024
 Tipo de Seguro:
 Fecha de Atención: 20/08/2024

Fecha de la Atención: 20/08/2024
 Hora de la Atención: 14:30
 Profesional Asistencial: CONDORI LUQUE DIGBER Servicio del Profesional: ORTOPED.Y TRAUMATOL.
 Coleg.#Iara: 62914
 Informe UCI

Anamnesis (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 PACIENTE CN DEMIENCIA DE MUÑON LADO IZO
 REFIERE SECRECION SEROSA POR HERIDA
 Examen Clínico (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)

Signos Vitales:
 Presión Arterial (mm Hg): 0 / 0 Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min): 0 Ver Gráfica
 Presión Venosa Central (cm H2O): 0 Frecuencia Respiratoria x Min: 0
 Temperatura Corporal (°C): 36.0 Escala EVA de Dolor: Sin Dolor
Antropometría:
 Peso (Kg): 0.000 Talla (M): 0.00 TMC: 0
 Perímetro Abdominal: 0.0

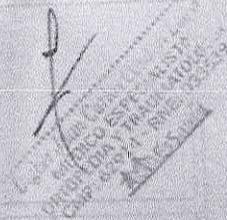
ESCALA GLASGOW
 AO: _____
 RV: _____
 RM: _____
 TOTAL: 0

ESCALA SECRECION SEROSA EN MITAD MEDIAL DE MUÑON

Diagnóstico (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 Código Descripción Tipo
 Z54.0 CONVALESCENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA PRESUNTIVO
 E13.7 DIABETES MELLITUS ESPECIFICADA, CON COMPLICACIONES MULTIPLES PRESUNTIVO

Prioridad de Atención: PRIORIDAD III - URGENCIA MAYOR

Plan de Trabajo (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 SE REALIZA CURACION
 SE AMPLIA CITT POR 15 DIAS
 DESDE: 20/08/2024
 SE CITA PARA CURACION CADA 2 DIAS
 POSIBILIDAD DE REMODELACION DE MUÑON
 TRABAJO DOCENTE
 ENFERMEDAD COMUN
 ACUDIR A MEDICO DE CONTROL PARA REGULARIZACION DE CITT POR SER ASEGURADO COMECI



Indicaciones (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 AMOXICILINA CADA 8H VO
 IBUPROFENO 400 CADA 6H VO
 Resultado de la Atención: PACIENTE CONTINUA EN SERVICIO Tipo de Atención: ATENCION EMERGENCIA

Solicitudes Interconsulta (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 Solicitante: Acto Médico: Fecha: Motivo:

Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)

Medicamentos Recetados (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)
 Receta No 1326612
 Código: IBUPROFENO 400 MG TB Costo: 20.00
 Descripción: 1 TAB CONTINGENCIAL A DOLOR
 Código: AMOXICILINA/ACIDO CLAVULANICO 500 MG/125 MG TB Costo: 20.00
 Descripción: 1 TAB CADA 8 HORAS VO

Procedimientos del Acto Médico (44138937-20/08/2024 14:37-10.56.1.186)