



6

"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Yunguyo, 08 de mayo del 2025

OFICIO N° 016- 2025-DREP-UGELY-DIEI N°300-BB.

SEÑOR: Mg. Luis Marino CALCINA TITO.
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL-Y

PRESENTE
ASUNTO : Elevo informe de licencia por salud del personal administrativo.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTIVA A 300	
OFICINA TRÁMITE	
F-6	08 MAY 2025
EXPEDIENTE N°	4836
HORA	3:27
FIRMA	

Es grato dirigirme a usted, con la finalidad de saludarlo muy afectuosamente en nombre de todo el personal que labora en la IEI N° 300 del Barrio Bolognesi, así mismo cumpla en informar lo siguiente: La Sr. JOSEFINA GARCIA YAPUCHURA con DNI N° 01824239, el día 22 de abril mediante una llamada telefónica me informa que había sufrido un accidente en circunstancias que se trasladaba a la Institución Educativa, la misma que fue hospitalizada en ESSalud Red Asistencial Puno, además regulariza con una CONSTANCIA DE ATENCIÓN con fecha 29 de abril del 2025, en dicho documento sustenta que fue hospitalizada en el servicio de ortopedia y traumatología el día 22 de abril del 2025 hasta la actualidad, así como consta en el informe de asistencia del mes de abril. Por consiguiente el día martes 6 de mayo ingresa a mi despacho la solicitud de regularización de LICENCIA POR SALUD, en cuyo documento argumenta, que cuenta con un certificado de incapacidad temporal para el trabajo por fractura de epífisis de radio, por tal motivo no podrá incorporarse al centro de trabajo. Es necesario mencionar que la personal en mención adjunto: Constancia de atención, informe de alta, certificado de incapacidad temporal para el trabajo y cita médica. Es función informar a su autoridad para que pueda tomar las acciones respectivas. Al mismo tiempo adjunto los documentos citados en el presente documento.

Sin otro particular aprovecho la consideración más distinguida de estima personal.

Atentamente,

Lic. Betty Davis Luque Millaya
 DIRECTORA (e)
 I.E.I. N° 300 - YUNGUYO



5

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

SOLICITO: LICENCIA POR SALUD

Sr (a) DIRECTOR(a) ENCARGADA DE LA IEI N° 300 BB.

Prof: Betty Doris Laque M.

Yo, **Josefina Garcia Yapuchura**,
identificada con **DNI N° 01824239**,
domiciliado en Jr. Arica 833, me presento
ante usted con el debido respeto y expongo:

Que, por motivo de tener certificado de incapacidad temporal para el trabajo por Fractura de epifisis de radio, seguido de hospitalización y cirugía, no podre reincorporarme a mis labores.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted señora Directora, acceder a mi pedido por ser de ley y aprovechho para expresarle mi gratitud.

ADJUNTO:

- Constancia de atención desde el día 22/04/25 hasta la actualidad
- Hospitalización en cirugía especialidades - Informe de alta
- Certificado de incapacidad temporal para el trabajo total de 30 dias
- Cita de Ortopedia y traumatología 12/05/2025

Yunguyo, 06... Mayo del 2025.

Recibido


Josefina Garcia Yapuchura
DNI N°: 01824239



06 - 05 - 2025.
Hora: 12:40 pm.

CONSTANCIA DE ATENCION

El asegurado (a): García Yapichura Josefina

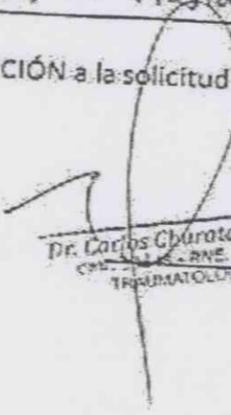
Séguro N°: DWI D1924239

Atención en el consultorio de: Hospitalizada en el servicio Ortopedia y Traumatología

Por el Dr. (a): Dr. Carlos Encata Ramos

El día: Desde el día 22/04/25 - Hasta la actualidad

Se expide la presente CONSTANCIA DE ATENCIÓN a la solicitud del asegurado para los fines que estime por conveniente


Dr. Carlos Encata Ramos
C.P. RNE 21035
TRAUMATOLOGÍA

FIRMA Y SELLO

4

INFORME DE ALTA

El Jefe del Servicio de Cirugía Especialidades - Traumatología del Hospital

Osvaldo Bae III - Puro Informa que al (a) paciente

Aranda Jaramba Jorgine ingreso al Servicio el día

23/10/12 con el diagnóstico de Fractura de espina c4 recia

Durante su Hospitalización:

Evaluación: Favorable

Se realizaron los siguientes estudios complementarios:

PAC RX

Procedimientos Especiales: -

Intervenciones Quirúrgicas: Corrección de fractura con reducción quirúrgica
no osteosintesis

Tratamiento Farmacológico y otras terapias complementarias:

Antibiototerapia

Analgesia

Diagnóstico de Alta: Convalecencia post o cirugía

Transferencia a Consulta Externa para los Servicios de:

Prótesis de cda para el día Consultorio Nro

Indicaciones Terapéuticas:

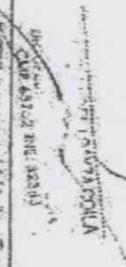
Medicamento	Presentación	Dosis	Horas	Días
<u>Galena</u>	<u>750</u>	<u>500g</u>	<u>q4h</u>	<u>RTA</u>
<u>Exprol</u>	<u>100</u>	<u>100g</u>	<u>q4h</u>	<u>RTA</u>

Dieta: Normal

Actividades Recreativas: Actividades elementales

El personal y la jefatura de este servicio expresan el más alto nivel de atención y las sugerencias y opiniones que se sirven formular en las encuestas proporcionadas.

Atentamente


 Jefe del Servicio de Cirugía Especialidades - Traumatología
 OSVALDO BAE III - Puro
 C.E. Cirujía y Servicio de Rehabilitación Traumatológica

Formulario B003 - 1

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - HILL PUNO
CITT No.: A-140-00012932-25

Acto Medico: 2581102 - 10
Servicio: 981 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: GARCIA YAPUCHURA JOSEFINA
Doc. de Identidad: D.N.I. 01824239
Autogenerado: 61112603CYUJ003

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Pardo:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 22/04/2025
Fecha Fin: 21/05/2025
Total de Dias: 30
F. de Organismo: 01/05/2025

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 30
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 65762
LOAYZA COILLA CARLOS
RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 4/4

Usuario: LOAYZA COILLA CARLOS ANGEL
Fecha: 01/05/2025 Hora: 08:50:51


CARLOS ANGEL LOAYZA COILLA
MEDICO CIRUJANO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
C.M.P. 627190 - 2025

S/S/25, 10:41

Tel:



Essalud

Centro

H.III PUNO

CEXT - ORTOPED.Y TRAUMATOL.

Fecha de la Cita : **12/05/2025**

Hora de la Cita : **14:00**

Prof.Asistencial : **LOAYZA COILA CARLOS**

Consultorio : **0010**

Orden / Total : **1 / 20**

Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTIA MEDICA**

Paciente : **GARCIA YAPUCHURA JOSEFINA**

Historia Clinica : **Nro 138327**

Autogenerado : **611260GCYUJ003**

Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**

Parentesco : **TITULAR**

Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**

No. Acto Médico : **25999289 VOLUNTARIA NORMAL**

Terminalista : **FUYO GOMEZ SANCHEZ CARLOS**

Fecha : **05/05/2025 Hora : 10:42:02**

**ACUDE SIN CITA A CUALQUIER VACUNATORIO
POR TU SALUD Y TU FAMILIA, ¡VACÚNATE!**

1