



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

San Martín, 20 de julio del 2023

**OFICIO N° 053-2023-D.I.E. N° 0309 "TÚPAC AMARU II"-S.M.**

**SEÑORA : MARIA CAROLINA PEREZ TELLO**  
**DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO-SAN JOSE DE SISA.**

**ASUNTO : REMITE SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE LICENCIA CON GOCE DE**  
**HABERES POR SALUD.**

Es grato dirigirme a su digno cargo que Ud. dirige, para manifestarle mi cordial saludo a nombre de la Dirección de la I.E. N° 0309 - "Túpac Amaru II" del Distrito de San Martín, al mismo tiempo, hago llegar la **SOLICITUD DE AMPLIACIÓN DE LICENCIA CON GOCE DE HABERES POR SALUD**, periodo de incapacidad del 20/07/2023 al 27/07/2023, según consta en el CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO expedidos por Essalud Tarapoto, del profesor **JOSÉ ANTONIO VASQUEZ RAMÍREZ**, identificado con DNI N° 00941925, del área de Educación Religiosa, para su conocimiento y demás fines.

Propicia es la oportunidad para reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente:



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN  
UGEL EL DORADO

  
Prof. ALEX ROY CHUJUTALLI CHUJUTALL.  
DIRECTOR

“Año De La Unidad, La Paz y El Desarrollo”

**Solicita:** Ampliación de Licencia con Goce de Haber por Salud.

**Señor: Director de la I.E N° 0309 “Túpac Amaru II”.**

Prof. Alex Roy Chujutalli Chujutalli.

Yo, **Jose Antonio Vasquez Ramirez**, identificado con DNI. N° 00941925, Peruano, natural de San José de Sisa, con 52 años de edad, ocupacion docente de educación secundaria, con domicilio actual en el Jr. Bolognesi N° 599, distrito de San José de Sisa, provincia El Dorado y departamento de Sab Martín, docente contratado en la I.E.N° 0309 “Tupac Amaru II”, ante usted con todo respeto me presento y expongo:

Que, debido a una intervención quirúrgica, a la fecha me encuentro en plena recuperación, motivo por el cual **Solicito Ampliación de Licencia con Goce de Haber por Salud**, que corre desde el 20 de julio hasta el 27 de julio del presente año 2023, toda vez que; el doctor quien suscribe corrobora lo antes mencionado que esta prescrita en el mencionado **Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo**, por tal motivo me dirijo a usted señor Director, para lo cual admita y de trámite la presente, ya que por derecho me corresponde.

Anexos:

- ✓ Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo N° A-279-00015034-23.

**POR LO EXPUESTO:**

Ruego a usted señor Director, dar curso a la presente por ser de derecho.

San José de Sisa, 20 de julio del 2023.



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN  
UGEL EL DORADO

PROF. ALEX ROY CHUJUTALLI CHUJUTALLI  
DIRECTOR

Jose Antonio Vasquez Ramirez

SOLICITANTE

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO

CITT No.: **A-279-00015034-23**

Acto Medico: 2067029

Servicio: AA1 MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Nombre Asegurado: VASQUEZ RAMIREZ JOSE ANTONIO

Doc. de Identidad: D.N.I. 00941925

Autogenerado: 6912211VQRIJ006

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 20/07/2023

Fecha Fin: 27/07/2023

Total de Dias: 8

F. de Otorgamiento: 20/07/2023

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 69

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 49631  
SOTO REATEGUI GISELLE

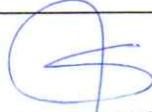
RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 69

Usuario: SOTO REATEGUI GISELLE

Fecha: 20/07/2023 Hora: 07:44:16

  
Dra. Giselle Soto Reátegui  
MEDICO REHABILITADOR  
CMP: 49631 - RNE: 41179