

San Martín, 04 de marzo del 2022

OFICIO N° 06-2022-I.E. N° 401

SEÑOR: Prof. Carolina Pérez Tello
DIRECTOR DE LA UGEL EL DORADO
CIUDAD. –

ASUNTO: REMITE DOCUMENTOS DE SOLICITUD DE LICENCIA

Tengo a bien dirigirme al despacho de su digno cargo, para hacerle llegar mi saludo cordial a nombre de la Dirección de la I. E. N° 401, Distrito de San Martín, al mismo tiempo comunicarle que adjunto al presente se está remitiendo los documentos de solicitud de licencia con goce de haber de la Sra. Brenda Anabel Vásquez Ruiz, quien se adjudicó en la IE como auxiliar de educación (del 03-03-22 al 01-04-22).

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



ANABELISA TORRES CERNA
DIRECTORA

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL "

SOLICITO LICENCIA CON GOCE DE HABER

I.

SEÑORA: DIRECTORA DE LA I.E. N° 401 SAN MARTIN ALAO
PROFESORA: ANA LUISA TORRES CERNA

CIUDAD

SEÑOR DIRECTOR, YO BRENDA ANABEL VASQUEZ RUIZ , identificada con DNI N° 44820942 Con domicilio en el JR LAMAS CD 1 -Distrito de San José de Sisa Provincia de el Dorado TELEFONO 927262769 actual Auxiliar de Educación de la I.E N°401 – San Martin Alao me presento Ante Ud. para solicitar mi Licencia con Goce de Haber por SALUD ya que actualmente me encuentro en tratamiento médico con diagnóstico de cáncer de cuello uterino por lo que recurro a usted su comprensión, por tal motivo adjunto el CIT correspondiente con fecha de inicio el 03 de Marzo 2022 al 01 de Abril 2022 (30 días) .

No dudando de su aceptación y su espíritu solidario y al mismo tiempo deseándole éxito en su gestión como directora. Adjunto algunos documentos que sean necesarios para corroborar lo dicho

San José de Sisa 03 de marzo del 2022


BRENDA A. VASQUEZ RUIZ
D.N.I 44820942
SOLICITANTE

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO
CITT No. : **A-279-00012647-22**
Acto Medico: 1368069
Servicio: C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre Asegurado: VASQUEZ RUIZ BRENDA ANABEL
Doc. de Identidad: D.N.I. 44820942
Autogenerado: 8710010VQRZB001

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN
Med. Control:
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 03/03/2022
Fecha Fin: 01/04/2022
Total de Días: 30
F. de Otorgamiento: 03/03/2022

DIAS ACUMULADOS

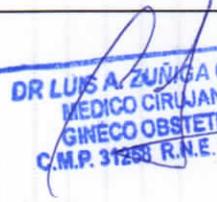
Consecutivos: 30
No Consecutivos: 15

PP.SS. Tratante MEDICO 31258
ZUÑIGA CARPIO LUIS
RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 56

Usuario: ZUÑIGA CARPIO LUIS ANTONIO
Fecha: 03/03/2022 Hora: 17:22:50


DR LUIS A. ZUÑIGA CARPIO
MEDICO CIRUJANO
GINECO OBSTETRA
C.M.P. 31258 R.N.E. 24471

FORMATO DE REFERENCIA

N° de Referencia		
350104630		
Día	Mes	Año
03	02	2022

EsSalud	X	ExTrainstitucional		Organizacion		Area de Destino	
Centro Origen	RED ASISTENCIAL TARAPOTO				C. Externa		
Centro Destino	HOPITAL ALMANZOR				Hospital		
Servicio Origen	GINECOLOGIA				Emergencia		
Servicio Destino	ONCOLOGIA - AG1				Ayuda Dx		
Numero Acto Medico	1339888						

I. Identificado del Paciente:

Autogenerado	8710010VQRZB001	Edad	34
Apellido Paterno	VASQUEZ	Sexo	FEMENINO
Apellido Materno	RUIZ	T. Seguro	
Nombres	BRENDA ANABEL	N° de Contrato	
Historia Clinica	74322	Nro. de Documento	44820942

II. Resumen de la Historia Clínica (Signos y Sintomas)

PAC. ACTUALMENTE EN EMG POR SANGRADO VAGINAL, SE REFIRIÒN AL H. ALMANZOR, Y LE PUSIERON SANGRE Y NO TIENE TRATAMIENTO CON QT Y RT.

APP: PANCREATITIS HACE 3SS, CA CERVIX SIN TTO

RAMS: NIEGA
Resultados de Pruebas Diagnosticas

Diagnostico de Referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10			
1	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX			C	5	3	0
2	OTRAS ANEMIAS			D	6	4	

Motivo de la Referencia

PARA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.

SE HACE LA REFERENCIA PARA TRATAMIENTO DEL CA CX

Tipo de Transporte segun prescripcion medica

Aereõ	X	Terrestre		Fluvial		Otro (detallar)	
-------	---	-----------	--	---------	--	-----------------	--

Requiere Acompañante	Familiar	SI	X	NO	
	Medico	SI		NO	X

III. Identificacion del Medico Tratante o Responsable

Nombre del Medico	ZUÑIGA CARPIO LUIS ANTONIO	C.M.P	3	1	2	5	8
DR. LUIS A. ZUÑIGA CARPIO MEDICO ESPECIALISTA FIRMA Y SELLO DEL MEDICO TRATANTE C.M.P. 31258 R.N.E. 24471		FIRMA Y SELLO DEL JEFE UNIDAD DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA O SU EQUIVALENTE					

IV. Extension de Referencia

Servicio Solitante	
Centro de Extension	
Motivo de Extension	
Nombre del Medico	LUIS A. ZUÑIGA CARPIO.
	C.M.P 3 1 2 5 8
Firma y Sello del Medico Tratante	Firma y Sello del Jefe Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su Equivalente

Adjuntar Hoja de Filiacion

Adjuntar Toda Documentacion que permita una adecuada continuacion del tratamiento del paciente en el destino.

FORMATO DE REFERENCIA

N° de Referencia		
350104630		
Día	Mes	Año
03	02	2022

EsSalud	X	ExTrainstitucional		Organizacion		Area de Destino	
Centro Origen	RED ASISTENCIAL TARAPOTO				C. Externa		
Centro Destino	HOPITAL ALMANZOR				Hospital		
Servicio Origen	GINECOLOGIA				Emergencia		
Servicio Destino	ONCOLOGIA - AG1				Ayuda Dx		
Numero Acto Medico	1339888						

I. Identificado del Paciente:

Autogenerado	8710010VQRZB001	Edad	34
Apellido Paterno	VASQUEZ	Sexo	FEMENINO
Apellido Materno	RUIZ	T. Seguro	
Nombres	BRENDA ANABEL	N° de Contrato	
Historia Clinica	74322	Nro. de Documento	44820942

II. Resumen de la Historia Clínica (Signos y Sintomas)

PAC. ACTUALMENTE EN EMG POR SANGRADO VAGINAL, SE REFIRIÒN AL H. ALMANZOR, Y LE PUSIERON SANGRE Y NO TIENE TRATAMIENTO CON QT Y RT.

APP: PANCREATITIS HACE 3SS, CA CERVIX SIN TTO

RAMS: NIEGA
Resultados de Pruebas Diagnosticas

Diagnostico de Referencia		Presuntivo	Definitivo	CIE 10			
1	TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX			C	5	3	0
2	OTRAS ANEMIAS			D	6	4	

Motivo de la Referencia

PARA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO.

SE HACE LA REFERENCIA PARA TRATAMIENTO DEL CA CX

Tipo de Transporte segun prescripcion medica

Aereõ	X	Terrestre		Fluvial		Otro (detallar)	
-------	---	-----------	--	---------	--	-----------------	--

Requiere Acompañante	Familiar	SI	X	NO	
	Medico	SI		NO	X

III. Identificacion del Medico Tratante o Responsable

Nombre del Medico						C.M.P				
ZUÑIGA CARPIO LUIS ANTONIO						3	1	2	5	8
<p>DR. LUIS A. ZUÑIGA CARPIO MEDICO CIRUJANO Firma y Sello del Medico Tratante C.M.P. 31258 R.N.E. 24471</p>						<p>Firma y Sello del Jefe Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su Equivalente</p>				

IV. Extension de Referencia

Servicio Solitante										
Centro de Extension										
Motivo de Extension										
Nombre del Medico						C.M.P				
LUIS A. ZUÑIGA CARPIO.						3	1	2	5	8
Firma y Sello del Medico Tratante						Firma y Sello del Jefe Unidad de Referencia y Contrarreferencia o su Equivalente				

Adjuntar Hoja de Filiacion

Adjuntar Toda Documentacion que permita una adecuada continuacion del tratamiento del paciente en el destino.

FORMATO DE SUSTENTO TRANSPORTE AEREO

N° de Referencia		
Día	Mes	Año
03	02	2022

Centro Origen	RED ASISTENCIAL TARAPOTO	Area de Destino	
Centro Destino	HOPITAL ALMANZOR	C. Externa	X
Servicio Origen	GINECOLOGIA	Hospital	
Servicio Destino	ONCOLOGIA - AG1	Emergencia	
Numero Acto Medico	1339888	Ayuda Dx	

I. Identificado del Paciente:

DNI	44820942
Apellido Paterno	VASQUEZ
Apellido Materno	RUIZ
Nombres	BRENDA ANABEL

II. Sustento del pasaje aereo del paciente.

PAC. ACTUALMENTE EN EMG POR SANGRADO VAGINAL, SE REFIRIÒ AL H. ALMANZOR, Y LE PUSIERON SANGRE Y NO TIENE TRATAMIENTO CON QT Y RT.
APP: PANCREATITIS HACE 3SS, CA CERVIX SIN TTO
RAMS: NIEGA

III. Sustento del pasaje aereo para el acompaante.

PAC. ACTUALMENTE EN EMG POR SANGRADO VAGINAL, SE REFIRIÒ AL H. ALMANZOR, Y LE PUSIERON SANGRE Y NO TIENE TRATAMIENTO CON QT Y RT.
APP: PANCREATITIS HACE 3SS, CA CERVIX SIN TTO
RAMS: NIEGA

IV. Identificacion del Medico Tratante o Responsable

Nombre del Medico	C.M.P
ZUÑIGA CARPIO LUIS ANTONIO	3 1 2 5 8

DR. LUIS A. ZUÑIGA CARPIO
MEDICO CIRUJANO
GINECO OBSTERA
C.M.P. 31258 R.N.E. 24471

Firma y Sello del Medico Tratante

Firma y Sello del Jefe de Servicio

Firma y Sello del Jefe
Oficina de Admision y Registros Medicos
o La Que Haga sus Veces

COPIA PARA EL AREA ADMINISTRATIVA Y OTRA PARA EL ARCHIVO DEL AREA DE REFERENCIAS DEL ORIGEN

ESTE FORMATO ES AUDITABLE POR EL AREA CORRESPONDIENTE

DETALLE DE REFERENCIA

Referencia N°: **350104630**Estado Referencia: **EN ESPERA**Fecha atención médica: **03/02/2022**

De responsabilidad Médica

Area Destino:	CONSULTA EXTERNA	Prioridad:	PRIORIDAD 2
Referencia:	ESSALUD	Fecha óptima Cita:	11/02/2022
Centro Origen:	H.II TARAPOTO	Centro Destino:	H.N. ALMANZOR AGUINAGA
Servicio Origen:	GINECOLOGIA	Servicio Destino:	ONCOLOGIA
Acto Médico:	1339888	Actividad Destino:	ATENCION AMBULATORIA
Nro Historia:	74322	Sub Actividad Destino:	CONSULTA MEDICA

Identificación del Paciente

Autogenerado:	8710010VQRZB001	Condición del asegurado:	OBLIGATORIO - DEPEND.
Apellidos y Nombres:	VASQUEZ RUIZ, BRENDA ANABEL	Sexo:	FEMENINO
Fecha de Nac.	01/10/1987	Num. doc.:	44820942
Tipo doc.:	LIBRETA ELECTORAL / DNI	Vigencia:	28/02/2022
Domicilio:	JR. ANIBAL DEL AGUILA A 14		
Ubigeo Domicilio:	220301 [SAN JOSE DE SISA - EL DORADO - SAN MARTIN]		
Ubigeo Nacimiento:	220301 [SAN JOSE DE SISA - EL DORADO - SAN MARTIN]		
Teléfono:	976265968		

Resumen de la Historia Clínica

Historia : **PAC. ACTUALMENTE EN EMG POR SANGRADO VAGINAL, SE REFIRIÓ AL H. ALMANZOR, Y LE PUSIERON SANGRE Y NO TIENE TRATAMIENTO CON QT Y RT. APP: PANCREATITIS HACE 3SS, CA CERVIX SIN TTO RAMS: NIEGA**

Motivo : **CONSULTA MEDICA - EVALUACION DX. C.EXT.**

Diagnóstico 1 : **(C53.0) TUMOR MALIGNO DEL ENDOCERVIX [DEFINITIVO]**

Diagnóstico 2 : **(D64.9) ANEMIA DE TIPO NO ESPECIFICADO [DEFINITIVO]**

Comentarios : **PARA TRATAMIENTO ESPECIALIZADO SE HACE LA REFERENCIA PARA TRATAMIENTO CEL CA CX**

Médico responsable - Centro Origen

C.M.P (31258) **ZUÑIGA CARPIO LUIS**

Creación **40141558 [03/02/2022 10:17:42]**

Añadir otra referencia

Cerrar

