

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA INICIAL N° 401  
SAN MARTIN-EL DORADO-SAN MARTÍN**

=====

“Año del fortalecimiento de la soberanía nacional”

San Martín, 01 de abril del 2022

**OFICIO N° 06-2022-I.E. N° 401**

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

**ASUNTO: ADJUNTA DOCUMENTOS.**

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. I. N° 401, Distrito de San Martín y al mismo tiempo hacerle llegar los documentos de salud de la Sra. BRENDA VASQUEZ RUIZ (auxiliar de educación de la IE) .

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

Atentamente,



“AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL”

SOLICITO LICENCIA

CON GOCE DE HABER

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 teléfono: 927262769 actual auxiliar de educación de la I.E. N° 401- San MARTIN Alao me presento ante usted para solicitar mi licencia con Goce de Haber por salud ya que actual me encuentro con tratamiento médico con diagnóstico de cáncer de cuello uterino y en estos momentos me encuentro internada en el área de medicina interna por complicaciones y según reglamento el CIT nos entregan el día de la alta médica por lo cual envió el informe médico y la constancia médica N° 31 – SMEI -2022 y posteriormente estaré regularizando con el CIT correspondiente.

No dudando de su aceptación y su espíritu solidario y al mismo

tiempo deseándole éxito en su gestión como directora me suscribo de usted.

San José de Sisa 30 de marzo del 2022

**BRENDA A. VAZQUEZ RUIZ**

**DNI: 44820942**

**SOLICITANTE**

## “AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL”

CONSTANCIA MÉDICA N.º 31 - SMEI - 2022

EL MEDICO QUE SUSCRIBE HACE CONSTAR:

Que la paciente VASQUEZ RUIZ BRENDA ANABEL identificada con DNI N.º 44820942, quien se encuentra hospitalizada en el Servicio de Medicina Interna, cama 206-D del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo con el diagnóstico de: CANCER DE CUELLO UTERINO II B Y TUMOR DE PANCREAS que esta en espera de biopsia para definir diagnóstico, desde el 21/03/2022 hasta la actualidad, se le informa que no es posible emitir CITT en el momento porque la paciente está hospitalizada.

Por protocolo el CITT se emite al alta del paciente y aquí incluye los días que estuvo hospitalizado y los días que amerite que tenga descanso medico hasta la cita de control por consultorio extremo. En caso que el paciente permanezca hospitalizado se hace el CITT, se hace al cumplir 30 días de hospitalizado y así sucesivamente cada mes.

Se expide la presente constancia a solicitud de la parte interesada, para los fines que estime conveniente.

Chiclayo, 28 de marzo del 2022



Dr. Jorge Montenegro Pérez  
JEFE MEDICINA INTERNA / HNAAA.  
CMP: 30782 - RNE. 17244



PERÚ

Ministerio de Trabajo  
y Promoción del Empleo

## INFORME MÉDICO N° 68 –SO-DMII-GC-RAL-2022

APELLIDOS Y NOMBRES	:	VASQUEZ RUIZ BRENDA ANABEL
DNI	:	44820942
HISTORIA CLÍNICA	:	1093603
REFERENCIA	:	SOLICITUD S/N – NIT 8514 – 2022 – 1267
FECHA	:	Chiclayo, 17 de marzo 2022

---

Paciente mujer de 34 años procedente de Tarapoto.

Acude con diagnóstico de cáncer de cérvix uterino EC IIIB (Cie10: C53.9)

Tiene biopsia de noviembre 2021: presencial focal escamosa atípica sugestiva de carcinoma epidermoide. A su vez tomografía axial computarizada de tórax abdomen y pelvis de enero 2022: masa heterogénea en cérvix en relación a NM, con probable extensión a parametrio derecho, no se descarta infiltración a vejiga, e hidronefrosis moderada derecha.

Presenta examen físico por ginecología oncológica: tacto vaginal presenta tumoración exofítica de labio anterior, lateral derecho y posterior de cérvix hasta tercio medio de vagina, compromete parametrio derecho con escaso sangrado. Tacto recto: compromiso parametrial bilateral sin llegar a hueso pélvico.

Se le programó radioterapia externa conformacional 3D dosis 50Gy en 25 fracciones a primario y cadena ganglionar pélvica. Paciente rechazó oforopexia para preservar función ovárica. Tuvo programada evaluación por oncología médica para decisión de quimioterapia concurrente sin embargo se refirió a paciente al servicio de emergencia donde se encuentra en estudio por tumoración pancreática

Es cuanto tengo que informar según lo registrado en la historia clínica

Atentamente,

  
Carlos Alberto Risco Ríos  
MÉDICO ESPECIALISTA EN RADIOTERAPIA  
C.R. 1234567890



**I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR**

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NUMERO
APPELLIDO PATERNO	APPELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NUMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

**II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)**

DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NUMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: ..... <input type="checkbox"/> TERCERO		
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		FIRMA
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NUMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	

**III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:**

		<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO
SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD: 1RA ( ) 2DA ( ) TOTAL ( )	
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA CONTINGENCIA:	FECHA DE CESE:
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO	FIN	N° DIAS:	MONTO S/
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO			

**IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA**
**20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL**

N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	

**SEPELIO**

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA  BOLETA DE VENTA  RECIBO POR HONORARIOS

Empresa emisora			Comprobante Pago			
RUC	Razón Social	Serie	N°	F. Emisión	Importe S/	

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar el nombre del fallecido.  
 C. Los gastos del asegurado titular fallecido:  
 • NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas.  
 • NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.  
 D. El asegurado titular falleció por:  
 Muerte Natural ( ) Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ( )  
 Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ( )

• El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en el numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444.  
 • Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Para Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal. Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/..... (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI  NO  INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI  NO

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de EsSalud
Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Tipo Doc.: DNI <input checked="" type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	N° de NIT o EXP:
Número: _____	Número: 44820942	Se adjunta _____ folios.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040

### ¿Cuándo utilizo este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

### ¿Cómo lleno el formulario?

#### I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de ASEGURADO TITULAR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) DNI ( ) Carnet de Extranjería ( ) Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del EMPLEADOR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) RUC ( ) CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (\* Obligatorio).

#### II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO Sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del BENEFICIARIO: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- ( ) DNI ( ) Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (\* Obligatorio).

En caso de PARENTESCO (familiar directo), marcar con un aspa según corresponda

- ( ) Cónyuge ( ) Concubina(o) ( ) Hermano (a) ( ) Padres ( ) Otro (precisar el parentesco) ( ) Tercero.
- En caso de marcar tercero consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma.

#### III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: ( ) Lactancia ( ) Sepelio ( ) Incapacidad Temporal ( ) Maternidad

- De marcar **maternidad** señalar si corresponde a ( ) Primera armada ( ) Segunda armada, o ( ) Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA:** día/mes/año  
Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor). Maternidad: (Fecha de inicio del descanso de maternidad)  
Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado) Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)
- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE:** día/mes/año.
- Indicar **PERIODO SUBSIDIADO:** INICIO: día/mes/año FIN: día/mes/año -Indicar **DIAS** a Subsidiar
- Indicar **MONTO:** Importe sin céntimos con redondeo al sol si es igual o mayor a 0.50.
- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE**, marcar con un aspa si es Privado o Público.

#### IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En **20 PRIMEROS DÍAS** (\*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados: Número de Colegio Médico, periodo de descanso DEL: día/mes/año AL: día/mes/año; y N° de días.

\*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En **SEPELIO:** marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- ( ) Factura ( ) Boleta de Venta ( ) Recibo por Honorarios.
- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, Importe
- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de **DECLARACION BAJO JURAMENTO:** consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

**Seguro Complementario de Riesgo(SCTR):** marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

**Incapacidad o fallecimiento causado por terceros:** marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

En el recuadro de **DIRECCION DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:** Se debe indicar la dirección del asegurado(a) si es pago directo, si corresponde al reembolso se registra la dirección del empleador, para el caso de la prestación de sepelio indicar la dirección del beneficiario.

**RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad):** Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

**RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO:** Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el trámite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

**Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.**

Apellidos y Nombres:

Indicar las doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificaciones por vacaciones).

Mes	Año										
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	

Mes	Año										
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	

  
 Firma del Asegurado Titular

Firma y Sello de la Entidad Empleadora