

“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”

San Martín Alao, 04 de noviembre del 2021

OFICIO N°041-2021-I.E. N°0384-SMA

Señora:

Mg. María Carolina Pérez Tello

Directora de la Unidad de Gestión Educativa Local de El Dorado

ASUNTO: REMITO SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER

Me es grato dirigirme a usted, a fin de saludarle cordialmente a nombre de la dirección, personal docente, y padres de familia de la IE. 0384 SMA, del distrito de San Martín, provincia de El Dorado y región San Martín, en referencia a la SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS DE SALUD a partir del 03 de noviembre al 17 de noviembre de 2021, haciendo un total de 15 días, remitido a mi despacho el 04 de noviembre a las 9: 12 am del presente mes, por la docente LELIS DEL PILAR PÉREZ RENGIFO, identificada con DNI N° 41593113, docente nombrada de segundo grado en la IE. que dirijo; cumpro con REMITIR la SOLICITUD en referencia, para los fines que estime conveniente.

Esperando acceder a mi petición, me suscribo de Ud. no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Adjunto al presente la solicitud de la docente y los demás requisitos pertinentes.

Atentamente,



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - EL DORADO
I.E. N° 0384 - SAN MARTÍN ALAO
Mg. Antonia Arevalo Ramirez
DIRECTORA I.E.

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

SOLICITA: LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS DE SALUD

DIRECTORA DE LA INSTITUCION EDUCATIVA N°0384-SAN MARTIN-ALAO

ANTONIA AREVALO RAMIREZ.

YO, **LELIS DEL PILAR PEREZ RENGIFO**, IDENTIFICADA CON **DNI 41593113**, CON DOMICILIO EN JR. SANTA ROSA N° 586, DISTRITO DE TARAPOTO, PROVINCIA DE SAN MARTIN, ACTUAL DOCENTE NOMBRADA DEL SEGUNDO GRADO DE LA INSTITUCION EDUCATIVA LA CUAL USTED DIRIGE.

ANTE USTED CON EL DEBIDO RESPETO ME PRESENTO Y SOLICITO: **LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS DE SALUD** DESDE EL DIA 03 DE NOVIEMBRE DEL 2021 HASTA EL 17 DE NOVIEMBRE DEL 2021, YA QUE ESTOY LLEVANDO MI TRATAMIENTO EN EL HOSPITAL DE ESSALUD III DE LA CIUDAD DE IQUITOS, ASI MISMO ADJUNTO LOS REQUISITOS NECESARIOS DE LA PRESENTE SOLICITUD.

POR LO TANTO:

ES JUSTICIA QUE ESPERO ALCANZAR.

IQUITOS, 03 DE NOVIEMBRE 2021.



.....
LELIS DEL PILAR PEREZ RENGIFO
DNI 41593113

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS. : 062 - H.III IQUITOS

CITT No : **A-062-00017800-21**

Acto Médico :
Servicio : MED. CONTROL (MECO)

Nombre Asegurado : PEREZ RENGIFO LELIS DEL PILAR
Doc. de Identidad : DNI 41593113
Autogenerado: : B211140PEUGL007

Tipo de Atención : REGULAR, EMERGENCIA
Contingencia : ENFERMEDAD COMUN
Med. Control : 30929 FLOREZ MONCADA JUAN CARLOS
F. Prob. de Parto :

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio : 03/11/2021
Fecha de Fin : 17/11/2021
Total de Días : 15
F. de Otorgamiento : 03/11/2021

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos : 133
No Consecutivos : 0

PP.SS. Tratante : MEDICO 50473


Dr. Juan Carlos Flores Moncada
Médico de Control CITT
CAMP 30929
EsSalud ORALDO

RUC: 20187348341 - UND. DE GESTION EDUCATIVA LOCAL SAN MART

OBSERVACIONES :

Días de Incapacidad Temporal Acumulado : 161
Ver condiciones y/o restricciones en www.esalud.gob.pe

Usuario: 05255597

Fecha: 03/11/2021 Hora: 12:00:45

