



64

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Santa Martha, 1 de marzo del 2022

OFICIO N° 009-2022-DRE SM-UGEL ED/I.E.I N° 0326 -S.M.

SEÑORA : Prof. /Dra. María Carolina Pérez Tello
Directora de la UGEL El Dorado

ASUNTO : Da a conocer autorización de Licencia con goce de haberes por salud

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo, para expresarle mi cordial saludo a nombre de la comunidad educativa de la I.E.I. N° 0326 del C.P. Santa Martha, del distrito de Santa Rosa; al mismo tiempo darle a conocer la autorización de Licencia con goce de haberes por salud, de la profesora Nancy Pérez Saavedra. A raíz de la solicitud presentada, debido a una incapacidad temporal para trabajar, emitida por ESSALUD, del 28/02/22 al 06/03/22.

Sin otro particular me suscribo de usted expresándole las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
DRE SAN MARTÍN - UGEL EL DORADO
I.E. N° 326 - SANTA MARTHA

Emilio Fernando Flores Flores
PROF. EMILIO FERNANDO FLORES FLORES
DIRECTOR

Adj.:

Solicitud de licencia con goce de haber

Certificado de incapacidad temporal emitida por ESSALUD

I. INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS ASEGURADO TITULAR: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE NÚMERO: 42510389
 APELLIDO PATERNO: PEREZ APELLIDO MATERNO: SRAVEDIA NOMBRES: NANCY
 DATOS EMPLEADOR: RUC CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH) NÚMERO:
 CORREO ELECTRONICO: napesa1807@hotmail.com TELEFONO CONTACTO: 942822524

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

DATOS BENEFICIARIO: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA NÚMERO:
 PRIMER APELLIDO: SEGUNDO APELLIDO: NOMBRES:
 CORREO ELECTRONICO: TELEFONO CONTACTO:
 PARENTESCO (familiar directo): CÓNYUGE CONCUBINO(A) HERMANO(A) PADRES OTRO: TERCERO
 SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO FIRMA:
 NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA: NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD:

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

PAGO DIRECTO REEMBOLSO
 SOLICITUD DE PRESTACIÓN: LACTANCIA SEPELIO INCAPACIDAD TEMPORAL MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()
 ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: SI NO FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AAAA FECHA DE CESE: DD/MM/AAAA
 PERIODO SUBSIDIADO: INICIO 28-02-2022 FIN 06-03-2022 N° DIAS: 07 MONTO S/:
 LLENADO SÓLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: PRIVADO PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES) 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	
	28-02-22	06-03-22	07								
	DD/MM/AAAA										
	DD/MM/AAAA										

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/
				DD/MM/AAAA	
				DD/MM/AAAA	

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 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.

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

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

USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DE 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"/> Número: _____	Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/> Número: _____	N° de NIT o EXP.: _____ Se adjunta _____ folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a con DNI en representación de mi persona.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO
CITT No. : **A-279-00012574-22**
Acto Medico: 1365498
Servicio: C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre Asegurado: PEREZ SAAVEDRA NANCY
Doc. de Identidad: D.N.I. 42510389
Autogenerado: 8407180PESVN006

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

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 28/02/2022
Fecha Fin: 06/03/2022
Total de Dias: 7
F. de Otorgamiento: 28/02/2022

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 7
No Consecutivos: 5

PP.SS. Tratante MEDICO 17883
VASQUEZ CACHAY WASHINGTON

RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 44

Usuario: VASQUEZ CACHAY WASHINGTON TERCERO
Fecha: 28/02/2022

Hora: 11:47:20

Dr. WASHINGTON VASQUEZ CACHAY
GINECO-OBSTETRA CMP 17883
HOSPITAL II TARAPOTO
EsSalud