



DIRECCIÓN
REGIONAL
DE EDUCACIÓN
UGEL EL DORADO

INSTITUCION EDUCATIVA INTEGRADO N° 0760
Caserío Alto Perú
DEDICACION, TRABAJO Y DISCIPLINA



“AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO”

Caserío Alto Perú, 22 de junio del 2023.

OFICIO N° 016-2023/D.I.E. N°0760-C. AP-SM-D

SEÑORA : **MARÍA CAROLINA PÉREZ TELLO**

DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO

ASUNTO : **REMITE INFORME SOBRE LICENCIA CON GOCE DE HABER DE LA DOCENTE RUTH BARDALES SALDAÑA**

Me es grato dirigirme al despacho de su digno cargo con la finalidad de hacerle llegar mi más cordial saludo a nombre de los Padres, madres de familia y estudiantes de la Institución Educativa N° 0760 del Caserío de Alto Perú. Distrito de San Martín –Provincia de El Dorado; y al mismo tiempo para hacerle llegar el informe sobre la solicitud de la docente RUTH BARDALES SALDAÑA, quien se encuentra con permiso por salud.

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

Atentamente.



DIRECTOR



INFORME N° 005-2023-DRE-SAM/UGEL-EL DORADO

A LA : DOCTORA MARÍA CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO

De : **ESPERIDION RAMÍREZ MEGO**
Director IEI N°0760 "ALTO PERÚ"

Asunto : INFORME SOBRE PERMISO POR ENFERMEDAD DE PERSONAL
DOCENTE.

Fecha : Alto Perú, 22 de junio del 2023.

Tengo el agrado de dirigirme a usted y saludarlo cordialmente deseando los mejores éxitos en su gestión y a su vez informarle lo siguiente:

Que, habiendo recepcionado la solicitud por parte de la Docente de nombre **RUTH BARDALES SALDAÑA**, quien se encuentra muy delicada de salud desde el día 13 del presente mes donde adjunta **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO EMITIDO POR ESSALUD** en el cual le concede descanso a partir del día 13 al 30 del presente mes y otros documentos como recetas médicas, los mismos que lo adjuntaré en el presente informe.

Es todo cuanto tengo que informar en honor a la verdad.

Atentamente



Esperidion Ramírez Megi
Esperidion Ramírez Megi
DIRECTOR

“AÑO DE LA UNIDAD LA PAZ Y EL DESARROLLO”

SOLICITO: REGULARIZACIÓN DE DOCUMENTOS

SOBRE LICENCIA CON GOCE DE HABERES

SEÑOR DIRECTOR DE LA IEI N° 0760 – “ALTO PERÚ”

Prof. Esperidión Ramírez Mego

Yo, RUTH BARDÁLEZ SALDAÑA, identificada con DNI N° 41860543, docente contratada del nivel Secundario en la IEI N°0760 “Alto Perú” que usted dirige, me presento y expongo:

Que, los análisis realizados en ESSALUD dieron como resultado:

- **FIEBRE TIFOIDEA y**
- **BRUCELLOSIS. (Brucella bovina).**

Razón por la cual, me otorgaron un Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) con N° **A-279-00014098-23** del **13 al 30** del presente mes en curso.

Amparada en el Capítulo XIV, sub capítulo VI del Reglamento de la Reforma Magisterial, dados los artículos siguientes:

Art. 183. Licencia con goce de remuneración.

183.1: Las razones que permiten la solicitud de la licencia con goce de remuneración están descritas en el literal a) del artículo 71 de la Ley y se rigen por las disposiciones del presente sub capítulo del Reglamento.

183.2: El tiempo que dure la licencia con goce de remuneraciones se computa como tiempo de servicios.

Art. 184. Licencia por incapacidad temporal

Se rige por lo siguiente:

- a) Se otorga conforme a las disposiciones de la Ley N°26790, ley de Modernización de la Salud y su Reglamento aprobado por DS. N° 009-97 SA.

Expuesto lo leído en líneas anteriores, **SOLICITO** a usted, señor director la regularización de los documentos sobre licencia con goce de haberes.

ADJUNTO:

- Copia DNI.
- CITT.
- Receta médica de tratamiento.
- Solicitudes de exámenes auxiliares.

POR TANTO:

Pido a usted, señor director, acceder a lo solicitado. Por ser de Ley.

Tarapoto, 15 de junio del 2023.



Lic. RUTH BARDÁLEZ SALDAÑA

DNI N° 41860543

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO

CITT No. : **A-279-00014098-23**

Acto Medico: 1996773

Servicio: AJ1 ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALE

Nombre Asegurado: BARDALEZ SALDAÑA RUTH

Doc. de Identidad: D.N.I. 41860543

Autogenerado: 8307290BDSDR001

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 13/06/2023

Fecha Fin: 30/06/2023

Total de Dias: 18

F. de Otorgamiento: 13/06/2023

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 18

No Consecutivos: 4

PP.SS. Tratante MEDICO 64057
CASTILLO RIVERA MYRIAM

RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 22

Usuario: CASTILLO RIVERA MYRIAM ELIZABETH

Fecha: 13/06/2023 Hora: 11:50:41



Dra Elizabeth Castillo Rivera
Especialista en Enfermedades
Infecciosas y Tropicales
CMP 64057 RNE 42826

No. DE ORDEN: **1369881** FECHA EMISION: **13/06/2023**

H.II TARAPOTO

CEXT

ENF.INFEC.Y TROPIC.

FARMACIA PRINCIPAL

ASEGU.: BARDALEZ SALDAÑA RUTH

EDAD: 39 años 10mes 16dias

AUTOG.: 8307290BDSR001

H/C: 81486

ACT.MED. 1996773 DOC.ID: D.N.I. 41860543 VIGENCIA: 13/07/23

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
1		METAMIZOL SODICO 1 G/2 ML	5	AM	5,00
Ind: 1 AMP IM CONDICIONAL A LA FIEBRE					
2		DOXICICLINA 100 MG	15	TB	30,00
Ind: 1 TAB VO C/ 12 HORAS DESPUES DE LOS ALIMENTOS					
3		RIFAMPICINA 300 MG	15	CP	30,00
Ind: 2 CAPS DESPUES DEL DESAYUNO TODO LOS DIAS					

MEDICO: 64057

CASTILLO RIVERA MYRIAM ELIZABETH

Dra. Elizabeth Castillo Rivera
Especialista en Enfermedades
Infecciosas y Tropicales

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
SALVA VIDAS, LÁVATE LAS MANOS

USUARIO: 44415324

FEC.IMP: 13/06/23

HORA:

11:39:07

ESSALUD



SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 440307		Tipo Examen LAB	Fecha 13/06/2023
Nombre y Apellidos Paciente	BARDALEZ SALDAÑA RUTH	Nro de Historia Clínica	81486
Documento de Identidad	D.N.I. 41860543	Autogenerado	8307290BDSDR001
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	39
Acto Médico	1998773	Fecha de Atención	13/06/2023
Área Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hospitalario	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES
Profesional Médico	CASTILLO RIVERA MYRIAM ELIZABETH Colegiatura: 64057	Actividad Específica	ATENCION ITS/VIH/SIDA
DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE		Provincia	Distrito
Departamento			
Dirección			
Referencia		Telefono Fijo	E-Mail
Celular	942737152BITEL		
Área Examen Auxiliar	BIOQUIMICA 82040 Indicaciones 82247 Indicaciones 82248 Indicaciones 82250 Indicaciones 82977 Indicaciones 84075 Indicaciones 84107 Indicaciones 84155 Indicaciones 84167 Indicaciones 84450 Indicaciones 84460 Indicaciones	DOSAJE DE ALBUMINA; SUERO, PLASMA O SANGRE TOTAL DOSAJE DE BILIRRUBINA; TOTAL DOSAJE DE BILIRRUBINA; DIRECTA BILIRRUBINA; TOTAL DIRECTA E INDIRECTA DOSAJE DE GLUTAMIL TRANSFERASA, GAMMA (GGT) DOSAJE DE FOSFATASA, ALCALINA GAMMA GLUTAMIL TRANSPEPTIDASA PROTEÍNAS TOTALES, EXCEPTO REFRACTOMETRIA, SUERO, PLASMA O SANGRE TOTAL PROTEÍNAS; TOTALES Y FRACCIONADAS EN SANGRE POR COLORIMETRIA ASPARTATO AMINO TRANSFERASA (AST) (SGOT) TRANSFERASA; AMINO ALANINA (ALT) (SGPT)	
Área Examen Auxiliar	HEMATOLOGIA Y COAGULACION 85025 Indicaciones	HEMOGRAMA AUTOMATIZADO (HEMOGLOBINA, HEMATOCRITO, ERITROCITOS, LEUCOCITOS Y PLAQUETAS) FORMULA DIFERENCIAL AUTOMATIZADA DE LEUCOCITOS	
Área Examen Auxiliar	MICROBIOLOGIA 87040 Indicaciones	CULTIVO BACTERIANO DEFINITIVO; SANGRE (INCLUYE DETECCION DE ANAEROBIOS)	

Myriam Elizabeth Castillo Rivera

 Colegiada N.º 64057

 Colegiatura N.º 64057



SOLICITUD DE EXAMEN AUXILIAR

Nro. de Solicitud 170174 Tipo Examen IMG Fecha 13/06/2023

Nombre y Apellidos Paciente	BARDALEZ SALDAÑA RUTH	Nro de Historia Clínica	01486
Documento de Identidad	D.N.I. 41860543	Autogenerado	8307290BDSDR001
Tipo de Seguro	OBLIGATORIO	Sexo	FEMENINO
Plan de Salud		Edad	39
Código Médico	1996773	Fecha de Atención	13/06/2023
Área Hospitalaria	CONSULTA EXTERNA	Servicio Hospitalario	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES
Profesional Médico	CASTILLO RIVERA MYRIAM ELIZABETH Colegiatura: 64057	Actividad Específica	ATENCION ITS/VIH/SIDA

DOMICILIO Y DATOS DE CONTACTO DEL PACIENTE

Departamento		Provincia		Distrito	
Dirección					
Referencia					
Celular	942737182BITEL	Teléfono Fijo		E-Mail	

Área Examen Auxiliar **ULTRASONIDO DIAGNOSTICO**
76706 ECOGRAFIA ABDOMINAL REGIONAL (POR CUADRANES)
Indicaciones **PACIENTE A D/C NÓDULOS HEPATICOS VS HIGADO**

415324 13/06/2023 11:45:11

Dra. Elizabeth Castillo Rivera
Especialista en Enfermedades
Infecciosas y Tropicales
C.O.P. 64057 T.M.E. #2626