



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL DORADO
I.E. N° 005 "MANUEL SEOANE CORRALES"
CODIGO MODULAR N° 0677369.



Santa Cruz, 31 de ENERO del 2024

OFICIO. N° 010-I.E.005 "MANUEL SEOANE CORRALES" 2024-Santa Cruz

SEÑORA : DRA. CAROLINA PEREZ TELLO
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO

ASUNTO : DA CONOCER PROGRAMACION DE CITA MEDICA DEL PERSOANAL DE SERVICIO

Me es grato dirigirnos a ustedes para expresarle el cordial saludo en nombre de la I.E. 005 "MANUEL SEOANE CORRALES" DEL CENTRO POBLADO DE SANTA CRUZ, así mismo comunicarle, EL documento presentado por la señora DAILITH VASQUEZ RAMIREZ identificada con DNI 00918857, quien se desempeña como personal de servicio en la IE 005 Manuel Seoane Corrales-, quien también cumple su licencia por discapacidad física temporal, cumpla en informar la programación de citas médicas que tiene dicho personal, a fin de que se lo considere por ser de derecho.

Sin otra particular me despido de ustedes no sin antes expresarles las muestras de mi especial consideración.

Se adjunta documentos presentados por el personal;

Atentamente


GOBIERNO REGIONAL SAN MARTIN
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL DORADO
I.E. N° 005 MANUEL SEOANE CORRALES SANTA CRUZ
.....
Mg. Jorge Washinton Sanchez Armas
DIRECTOR

“AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO”

Sumilla: Comunica la Programación de la Cita Médica a fin de que informe a la UGEL El Dorado y se tenga por Justificada la inasistencia al Centro de Labores.

Señor: Director de la I.E N° 005 “Manuel Seoane Corrales”.

Prof. Jorge Washington Sanchez Armas.

Yo, **Dailith Vasquez Ramirez**, identificada con DNI. N° 00918857, Peruana, natural de San José de Sisa, con 63 años de edad, ocupacion Personal Administrativo de Educación Secundaria, con domicilio en el Jr. Anibal del Aguila N° 294, distrito de San José de Sisa, Servidor Público nombrado en la I.E.N° 005 “**Manuel Seoane Corrales**”, ante usted con todo respeto me presento y expongo:

Que, la recurrente sufrió la fractura del radio de la mano derecha, siendo atendida por el Médico de Turno del Hospital ESSALUD de Tarapoto, quien procedió a la colocación de Yeso. La recurrente habiendo acudido a su cita médica programada para el día 16 de enero del 2024, se me otorgó los Certificados de Incapacidad Temporal para el Trabajo N° A-279-00010358-24 y A-279-00010366-24, recomendándome reposo absoluto para fines recuperativos, motivo por el cual en su oportunidad solicité en vía de Regularización la Ampliación de la Licencia con Goce de Haber por Salud desde el **11 de enero del 2024 hasta el 31 de enero del 2024**.

En ese sentido, debo indicar que si bien es cierto la Ampliación de Licencia con Goce de Haber por Salud de la recurrente vencerá el **31 de enero del 2024**, también no es menos cierto que para el **06 febrero del 2024 se encuentra programada mi cita médica con el Médico Tratante Giselle Soto Reátegui, adscrito a la Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital ESSALUD de Tarapoto, motivo por el cual Comunico a su Despacho la Programación de la Cita Médica de la recurrente para el 06 FEBRERO DEL 2024 a fin de que informe a la UGEL El Dorado y se tenga por Justificada la Inasistencia al Centro de Labores desde el 01 de Febrero del 2024 hasta el 06 de Febrero del 2024**, comprometiéndome a que en cuanto el Médico Tratante expida a la recurrente el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo correspondiente, en Vía de Regularización, estaré solicitando la Ampliación de la Licencia con Goce de Haber por Salud, por lo que me dirijo a usted señor Director, a efectos de que admita y de trámite la presente, al encontrarse con arreglo a derecho.

D. Vasquez
00918857

Anexos:

- ✓ Copia del DNI de la recurrente.
- ✓ Cita Médica de la recurrente programada para el día 06 de febrero del 2024 con el Médico Tratante Giselle Soto Reátegui, adscrito a la Especialidad de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital ESSALUD de Tarapoto.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a usted señor Director, dar curso a la presente por ser de Justicia.

San José de Sisa, 31 de enero del 2024.



Dailith Vasquez Ramirez

DNI N° 00918857



EsSalud

Cerrar

H.II TARAPOTO
CEXT - MED.FIS.Y REHABIL.

Fecha de la Cita : **06/02/2024**
Hora de la Cita : ~~08:15~~
Medico : **SOTO REATEGUI GISELLE**
Consultorio : **PMC2**
Orden / Total : **6 / 12**
Tipo Atencion : **ATEN.MED.AMBUL. - CONSULTA MEDICA**

Paciente : **VASQUEZ RAMIREZ DAILITH**
Historia Clinica : **Nro 27548**
Autogenerado : **6006130VQRID002**
Tipo de Asegurado : **OBLIGATORIO**
Parentesco : **TITULAR**
Tipo de Paciente : **ASEGURADO ADSCRITO AL C.A**
No. Acto Medico : **2386293 RECITA NORMAL**

Terminalista : **FRIAS LAULATE VIORICA**
Fecha : **25/01/2024 Hora : 11:44:26**
ACUDIR A SU CITA 30 MINUTOS ANTES
SALVA VIDAS, LÁVATE LAS MANOS

F = 00

AW

Jr. LIMA

1382