



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN SAN MARTÍN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL- EL DORADO
INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0035 – BUENA VISTA
PRIMARIA - SECUNDARIA
TRABAJO-TECNOLOGÍA



"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Buena Vista, 04 de junio de 2024

OFICIO N° 022 - 2024 - D - I.E. N° 0035-BV

SEÑOR(a) : **Prof. ROSA CHONG RENGIFO.**
DIRECTOR DE LA UGEL EL DORADO

Del : Prof. **SEGUNDO EPIFANIO CHIMOY PIZARRO**
Director I.E. N° 0035 - Buena Vista – S.M.

ASUNTO : **REMITO SOLICITUD POR LICENCIA CON GOCE DE HABER.**

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo, para saludarla cordialmente en representación de la dirección I.E. N° 0035, de los niveles primario y secundario de la localidad de Buena Vista, distrito de San Martín de Alao, Provincia del Dorado, Región San Martín y al mismo tiempo remitirle la solicitud presentada de Licencia Con Goce de Haber de la docente JAKELINE CHOQUENEYRA ESPINOZA identificada con DNI N° 40176087, docente nombrada desde el mes de marzo del presente año en esta institución educativa; por motivo, de haber sufrido un accidente.

Hago propicia la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y aprecio.

Atentamente:

Mg. Segundo E. Chimoy Pizarro
DIRECTOR

ADJUNTO

Solicitud de Licencia con goce de haber
Certificado de incapacidad temporal ortopedia y traumatología
Certificado de incapacidad temporal para el trabajo de Cirugía General
Copia de recetas medicas
Carta de compromiso

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

**SOLICITUD: LICENCIA POR DESCANSO
MEDICO CON GOCE DE
HABER.**

SEÑOR DIRECTOR DE LA IE 0035

Mg. Segundo Epifanio Chimoy Pizarro

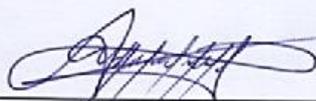
CHOQUENEYRA ESPINOZA JAKELINE, identificada con documento nacional de identidad N.º 40176087, ante Ud. me presento y expongo:

Que recurro a su honorable despacho con la finalidad de **SOLICITAR LICENCIA CON GOCE DE HABER** a partir del 02 de junio hasta el 22 de junio del presente año, el motivo de mi descanso médico es que sufrí un accidente, tal accidente dejó graves lesiones en mí, por lo que se me haría imposible el dictado de clases, para acreditar lo señalado como corresponde cumpla con acreditar tal situación con el **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO N.º A-410-00028110-24**, documento expedido por el **DR. SAAVEDRA SALAZAR MARCO**, quien pone su visto bueno a dicho documento.

Por tanto:

A Ud. solicito se sirva tener por presentado el presente documento y autorizar lo peticionado por los fundamentos antes expuestos.

San Martín, 02 de junio del 2024



LIC. JAKELINE CHOQUENEYRA ESPINOZA
DNI N° 40176087



CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 410 - H.I MARINO MOLINA SCIPPA

CITT No. : **A-410-00028110-24**

Acto Medico: 7635981

Servicio: B81 ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: CHOQUENEYRA ESPINOZA JAKELINE

Doc. de Identidad: D.N.I. 40176087

Autogenerado: 7905250CQEIJ007

Tipo de Atencion: EMERGENCIA

Contingencia: ACCIDENTE COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 02/06/2024

Fecha Fin: 22/06/2024

Total de Días: 21

F. de Otorgamiento: 02/06/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 21

No Consecutivos: 2

PP.SS. Tratante MEDICO 30135
SAAVEDRA SALAZAR MARCO

RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 23

Usuario: SAAVEDRA SALAZAR MARCO ANTONIO

Fecha: 02/06/2024 Hora: 16:37:29



Dr. Marco A. Saavedra Salazar
Cir. Ortopedia y Traumatología
CMP 30135 RNE 17075

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO

CITT No. : **A-279-00014000-24**

Acto Medico: 2604393

Servicio: B41 CIRUGIA GENERAL

Nombre Asegurado: CHOQUENEYRA ESPINOZA JAKELINE

Doc. de Identidad: D.N.I. 40176087

Autogenerado: 7905250CQEIJ007

Tipo de Atencion: EMERGENCIA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Procb. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/05/2024

Fecha Fin: 31/05/2024

Total de Dias: 2

F. de Otorgamiento: 30/05/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 2

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 72105
FLORES GONZALES MICHAEL

RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 2

Usuario: FLORES GONZALES MICHAEL

Fecha: 30/05/2024 Hora: 08:05:23

MICHAEL FLORES GONZALES
CIRUGIA GENERAL Y
ORTOPEDIA
CMT T. 100 - RNE 43927

No. DE ORDEN: 3052910 FECHA EMISION: 02/06/2024
H.I MARINO MOLINA
AV.GUILLERMO DE LA FUENTE 515 COMAS
EMER

ORTOPED.Y TRAUMATOL. FARMACIA CONSULTA EXTERNA
ASEGU.: CHOQUENEYRA ESPINOZA JAKELINE EDAD: 45 años 0mes 8dias
AUTOG.: 7905250CQEIJ007 H/C: 458758
ACT.MED. 7635981 DOC.ID: D.N.I. 40176087 VIGENCIA: 02/06/24

No. CODIGO DENOMINACION DIAS UM/FF CANT.

1 DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML 3 AM 3,00
Via Admin. *X 30hr*
Ind: 1 AMPOLLA IM X DIA
2 NAPROXENO 250 MG (BASE) O 275 MG (SAL SODICA) 5 TB 15,00
Via Admin. ORAL *o/c*
Ind: 1 TAB VO C/8H X 5 DIAS

MEDICO: 30135 SAAVEDRA SALAZAR MARCO ANTONIO
Dr. Marco A. Saavedra Salazar
Cir. Ortopedia y Traumatologia
RNE 17075
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA
CUIDA TU PRESIÓN Y PROTEGE TU CORAZÓN

USUARIO: 16668448 FEC.IMP: 02/06/24 HORA: 16:38:20

Uso de Cabestrillo
Canal de Curaciones

No. DE ORDEN: 1833352 FECHA EMISION: 30/05/2024
H.II TARAPOTO
JR.PROGRESO CRD.8 URB.9 DE ABRIL TARAPOT

EMER

CIRUGIA GENERAL

FARMACIA EMERGENCIA

ASEGU.: CHOQUENEYRA ESPINOZA JAKELINE EDAD: 45años 0mes 5dias

AUTOG.: 7905250CQEIJ007

H/C: 268907

ACT.MED. 2604393 DOC.ID: D.N.I. 40176087 VIGENCIA: 30/05/24

No. CODIGO DENOMINACION DIAS UM/FF CANT.

1 DICLOFENACO SODICO 25 MG / ML X 3 ML 3 AM 4,00

Via Admin.

Ind: IM

2 IBUPROFENO 400 MG 7 TB 15,00

Via Admin. ORAL

Ind: VO CADA 12HRS X 7 DIAS

3 ORFENADRINA CITRATO 30 MG/ML X 2 ML 4 AM 4,00

Via Admin.

Ind: IM

MEDICO: 72105 FLORES GONZALEZ MICHAEL

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

SALVA VIDAS, LÁVATE LAS MANOS

USUARIO: 44838455 FEC.IMP: 30/05/24 HORA: 08:01:40

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

CARTA DE COMPROMISO

Yo, **Jakeline Choqueneyra Espinoza**, identificada con DNI N.º 40176087, domiciliada en jr. Libertad 348 – 350 km. 11 comas, **ME COMPROMETO** a remitir de manera presencial los siguientes documentos a la UGEL El Dorado - San Martín, al departamento de recursos humanos:

- CITT: certificado de incapacidad temporal de trabajo
- Recetas

San Martín, 03 de junio del 2024



LIC. JAKELINE CHOQUENEYRA ESPINOZA

DNI N.º 40176087