



**DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN**

**UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL DORADO**



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

**INSTITUCIÓN EDUCATIVA N° 0382 – SINAMI**

Sinami, 01 de julio del 2024

**OFICIO N° 0078-2024-GRSM-UGEL-ED-I.E.N°0382-S.-**

**SEÑORA : PROF. ROSA MARGARITA CHONG RENGIFO**  
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO  
EL DORADO.-

**ASUNTO : REMITE INFORME DE DOCENTE CON PROBLEMAS DE SALUD DE FAMILIARES**

**REFERENCIA : SOLICITUD DE PERMISO POR MOTIVOS DE SALUD DE ESPOSA Y PATERNIDAD**

Me es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarla cordialmente y al mismo tiempo para informarle que, el Docente Lenin Guevara Vásquez, identificada con DNI 46152644, de la Institución Educativa N° 0382 del Centro Poblado de Sinami, solicitó licencia de goce por paternidad, desde el 27 de junio junio del presente año.

En la solicitud, manifiesta que habiendo dado a luz su esposa a su menor hijo y habiéndose complicado la salud de su esposa, viaja de emergencia a la ciudad de cajamarca. La docente se compromete presentar los documentos sustentatorios de su inasistencia lo más pronto posible, en el transcurso de los días.

Por lo que remito a Ud. Señora directora el Documento en referencia para su conocimiento y demás fines.

Propicia es la oportunidad para expresarle a Ud. Las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN  
UGEL EL DORADO  
.....  
Wilmer Guevara Lindes Mantilla  
D. G. TOR

C.c. Archivo  
WGFM/D

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

**SOLICITA: licencia de goce por paternidad desde el  
27 del mes de junio del presente año.**

**SEÑOR : Prof. WILMER GENARO FERNANDEZ MANTILLA  
DIRECTOR DE LA IEP N° 0382**

Yo Lenin Guevara Vásquez, profesor del aula de primer grado de dicha IE, identificado con DNI N° 46152644, con domicilio legal en el caserío Ramón Castilla, distrito Santa Rosa, provincia San José de Sisa, región San Martín; con el debido respeto me presento ante usted para exponer lo siguiente:

Que debido a que mi esposa ha dado a luz a mi bebé y por haberse complicado su salud tuve que viajar de emergencia por lo que le pido por favor tenga la paciencia de justificar mi inasistencia, además para solicitar mi licencia por paternidad con goce de haber que la ley me faculta según el decreto ley N° 30807, la cual dictamina otorgar al padre 10 días calendario, iniciando el 27 de junio del presente. De tal manera pueda contribuir en el cuidado y salud de mi familia.

Por lo que suplico a usted señor director atender a mi solicitud por ser de justicia.

Sin otro particular me suscribo de usted, a la espera de su atención, para mayor constancia se adjunta los anexos que acreditan la licencia.

Atentamente,

  
.....  
Prof. Lenin Guevara Vásquez  
DNI N° 46152644

N° 0000001167

CERTIFICADO DE NACIDO VIVO



1. DATOS DE LA MADRE

1.1 Documento de Identidad DNI  CE  Pasaporte  Otro  N° .4|6|9|4|1|3|6|8| 1.2 Edad 13|2

1.3 Primer Apellido V|A|R|G|A|S|

1.4 Segundo Apellido V|A|R|G|A|S|

1.5 Prenombres Y|O|J|A|N|I|

1.6 Dirección C|E|R|C|A|D|O| N|I|N|A|B|A|H|B|A|

CP CCNN / Ciudad N|I|N|A|B|A|H|B|A| Distrito / Estado N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Provincia / País S|A|N|T|A|C|R|U|Z| Departamento / Continente C|A|J|A|H|A|R|C|A|

2. DATOS DEL NACIMIENTO

2.1 Sexo  Masculino  Femenino 2.2 Fecha nacimiento: 2|6| / 0|6| / 2|4| 2.3 Hora 0|8| : 3|5| - 1 a m

2.4 Lugar de Nacimiento:  Establecimiento Salud  Domicilio  Centro Laboral  Vía Pública  Otro  Ignorado

C|E|N|T|R|O| D|E| S|A|L|U|D| N|I|N|A|B|A|H|B|A|

CP CCNN N|I|N|A|B|A|H|B|A| Distrito N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Provincia S|A|N|T|A|C|R|U|Z| Departamento C|A|J|A|H|A|R|C|A|

2.5 Dirección : C|E|R|C|A|D|O| N|I|N|A|B|A|H|B|A|

3. DATOS DEL PROFESIONAL QUE CERTIFICA EL NACIMIENTO

3.1 DNI N°: 1|6|7|0|4|8|9|4|

3.2 Primer Apellido L|E|O|N|

3.3 Segundo Apellido D|Á|V|I|L|A|

3.4 Prenombres M|A|R|I|B|E|L| Y|V|O|N|N|E|

3.5 Colegiatura: 1|8|6|2|9|

3.6 Profesión: O|B|S|T|E|T|R|A|

3.7 El que certifica declara:  Haber Atendido el parto  Haber constatado el parto

3.8 Lugar y Fecha certificación: C|E|S| N|I|N|A|B|A|H|B|A| 2|6| / 0|6| / 2|4|

Lic. Maribel León Dávila  
ESPECIALISTA ALTO RIESGO OBSTETRICO  
COP: 18629 RNE: 1252-E.01

Sello y firma del profesional

Impresión Daquilar (Índice derecho)

INFORME ESTADÍSTICO DEL NACIDO VIVO

4. DATOS DEL PARTO

4.1 Atendió el Parto: Médico  Técnico Salud  Otro  Obstetrix  Promotor Salud  Nadie (Autoayuda)  Enfermera (o)  Partera / Comadrona  Interno (a)  Familiar

4.2 Tipo Parto Unico  Doble  Triple  Más de tres

4.3 Condición Parto Espontáneo  Instrumentado  Cesárea

4.4 Tipo de Seguro / Financiadore Usuario  ESSALUD  Sanidad FAP  Sanidad EP  Privados  Exonerado  SIS  SOAT  Sanidad Naval  Sanidad PNP  Otros  Ignorado

4.5 Duración Embarazo 3|9| Semanas

5. DATOS ADICIONALES DE LA MADRE

5.1 FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO Fecha de Nacimiento 2|6| / 0|6| / 2|4|

CC/CP/CCNN Ciudad N|I|N|A|B|A|H|B|A| Distrito/Estado N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Provincia / País S|A|N|T|A|C|R|U|Z| Departamento / Continente C|A|J|A|H|A|R|C|A|

5.2 NIVEL DE INSTRUCCIÓN Ningún nivel  Primaria completa  Sup. No Univ. Incompleta  Superior completa  Inicial / Pre-Esc.  Secund. Incompleta  Sup. No Univ. completa  Ignorado  Prim. Incompleta  Secundaria completa  Superior incompleta

5.3. SITUACIÓN CONYUGAL DE LA MADRE Soltera  Divorciada  Casada  Conviviente  Viuda  Separada  Ignorado

5.4 Ocupación: E|S|T|U|D|I|A|N|T|E|

5.5 Embarazos e hijos N° hijos actualmente vivos 0|1| N° hijos nacidos vivos que fallecieron -|-| N° abortos y nacidos muertos -|-| N° Total Embarazos -|-|

5.6 Fecha Nacimiento hijo anterior nacido vivo

6. DATOS DEL NACIDO VIVO

6.1 Sexo  Masculino  Femenino 6.2 Fecha nacimiento 2|6| / 0|6| / 2|4|

6.3 Hora 0|8| : 3|5| - 1 a m 6.4 Peso 2|5|0|0| Gramos

6.5 Lugar de Nacimiento:  Establecimiento Salud  Domicilio  Centro Laboral  Vía Pública  Otro  Ignorado

C|E|N|T|R|O| D|E| S|A|L|U|D| N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Dirección : N|I|N|A|B|A|H|B|A|

CP CCNN N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Distrito N|I|N|A|B|A|H|B|A|

Provincia S|A|N|T|A|C|R|U|Z|

Departamento C|A|J|A|H|A|R|C|A|

Lic. Maribel León Dávila  
ESPECIALISTA ALTO RIESGO OBSTETRICO  
COP: 18629 RNE: 1252-E.01

Sello y firma del profesional

Impresión Daquilar (Índice derecho)

(Reverso del Certificado de Nacido Vivo)

Impresión Dactilar  
(Indica derecho de la  
madre del titular)

### IMPRESIÓN PELMATOSCÓPICA DEL RECIÉN NACIDO

### INTRUCCIONES GENERALES

1. El certificado de Nacido Vivo es un documento probatorio de la ocurrencia del nacimiento.
2. El formato consta de dos partes desglosables: la parte superior que contiene el "Certificado del Nacido Vivo" y la parte inferior que contiene el "Informe Estadístico".
3. El formato de nacido vivo debe llenarse para cada niño que nació vivo (mostró signos de vida).
4. Si es parto múltiple (mellizos, trillizos, etc) debe llenar un formulario por cada nacido vivo.
5. El personal de salud (médico, obstetrix, enfermera, otra persona profesional o técnica en salud), que atiende o constata el nacimiento llenará el formato en su integridad, es decir, el certificado y el informe estadístico del nacido vivo.
6. La constatación de los nacimientos ocurridos en domicilio, será realizada por el personal profesional de salud (médico, obstetrix, enfermera) dentro de los 30 días de haberse producido el nacimiento.
7. Inscrito el nacimiento, el Registrador Civil, desglosará el formulario y archivará el Certificado de Nacido Vivo en la Oficina de Registros del Estado Civil y remitirá el Informe Estadístico del Nacido Vivo al establecimiento de salud más cercano.

N° 0000001167