

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

Ramón Castilla, 08 de, octubre del 2024

OFICIO N° 0067-2024/D.I.E N° 0237 "JSM"-RC

SEÑOR(A) : Prof. Luis Alberto Navarro Saavedra
Director(e) de la UGEL – El Dorado

ASUNTO : **Remito Solicitud de Licencia por Incapacidad Temporal, de docente del Nivel Secundaria – I.E. 0237 "JSM" - C.P. Ramón Castilla.**

Es grato dirigirme a Ud. para saludarle cordialmente a nombre de la Dirección de la I.E N° 0237 "José de San Martín" del Centro Poblado de Ramón Castilla, Distrito de Santa Rosa, Provincia de el Dorado, región san Martín.

Que el docente, **Ántoni Sánchez Arteaga** identificado con DNI N° 71603082, docente de la I.E. N° 0237 "José de San Martín" del Nivel Secundaria, ha presentado su **SOLICITUD pidiendo Licencia por Incapacidad Temporal por 30 días**, adjuntando la documentación emitida por el Hospital ALMANZOR AGUINAGA ASENJO de la ciudad de Chiclayo; por lo que **REMITO la documentación** para hacer de su conocimiento y proceda de acuerdo a las normas vigentes, y de esta manera velar por el bienestar de los estudiantes para que no pierdan sus clases que es su derecho.

Sin otro particular, me suscribo de usted, no sin antes reiterarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

 
Mg. Ysmael Estela Fernández
DIRECTOR

Adjunto:

- ✓ FUT Solicitando la Licencia por Incapacidad Temporal.
- ✓ Copia del DNI
- ✓ CITT
- ✓ Copia de ALTA
- ✓ Reseta.



PERÚ

Ministerio
de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITES (F.U.T.)

RM N° 0445-2012-ED
DISTRIBUCIÓN GRATUITA

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

Solicito Licencia por incapacidad temporal

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE

Sr. Director de la I. E. N° 0237 "Jose' de San Martín"

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural

Apellido Paterno:

SANCHEZ

Apellido Materno:

ARTEAGA

Nombres:

Ánton?

Persona Jurídica:

Razón Social:

Docente de la I.E.N° 0237 "Jose' de San Martín"

Tipo de Documento:

DNI: 71603082

RUC:

C.E.:

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VIA:

Avenida:

Jirón:

☒

Calle:

Pasaje:

Carretera:

Prolongación:

Nombre de la vía:

Sargento Lores s/n.

N° de Inmueble:

Block:

Interior:

Piso:

Mz:

Lote:

Km:

Sector:

Tipo de Zona:

Urbanización:

Pueblo Joven:

Unidad Vecinal:

Conjunto Habitacional:

Asentamiento Humano:

Cooperativa:

Residencial:

Zona Industrial:

Centro Poblado:

Casero:

Asociación:

Grupo:

Fundo:

Otros (especificar):

Nombre de zona:

Referencia:

A una cuadra de la Plaza de Armas

Departamento:

San Martín

Provincia:

El Dorado

Distrito:

Santa Rosa

Teléfonos:

910598546

Autorizo se me notifique

al siguiente correo electrónico:

sanchezarteaga2000@gmail.com

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de DECLARACIÓN JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

Que, habiendo sido intervenido quirúrgicamente en el Hospital Arman-
zor Aguinaga de Chiclayo, me dieron 30 días de descanso médico
desde el 04-10-2024 hasta el 02-11-2024 como consta en el CITT
N° A-004-00022858-24 de fecha 07-10-2024.

Que siendo un derecho el descanso médico "Licencia por Incapacidad
temporal" como lo establece en el Art. 184 del Reglamento de la Ley
N° 29944 "Ley de la Reforma Magisterial y su Reglamento" es que solicito
dicha licencia por los días establecidos en el CITT.

Espero ser atendido por ser un derecho.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- Copia DNI.
- CITT N° A-004-00022858-24.
- Copia de Alta.
- Receta.

Ramón Castilla 08 de Octubre de 2024

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

Para consultas sobre su trámite ingrese a : www.minedu.gob.pe y haga click en:Consultas sobre su
Trámite SINAD

o llame al 6155877

MINEDU

Amadeo Sotoca

No. DE ORDEN: **2687254** FECHA EMISION: **07/10/2024**

H.N. A. AGUINAGA

PLAZA DE LA SEGURIDAD SOCIAL S/N

HOSP

ORTOPED.Y TRAUMATOL.

FARMACIA HOSPITALIZACION

ASEGU.: SANCHEZ ARTEAGA ANTONI

EDAD: 26años 1mes 24dias

AUTOG.: 9808101SCAEA000

H/C: 1158212

ACT.MED. 10233297 DOC.ID: D.N.I. 71603082 VIGENCIA: 08/10/24

No.	CODIGO	DENOMINACION	DIAS UM/FF CANT		
1		PARACETAMOL 500 MG	5	TB	20,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 2 TAB VO C/8H POR 5 DIAS					
2		CEFALEXINA 500 MG	7	TB	28,00
Via Admin. ORAL					
Ind: 1 TAB VO C/6H X 7 DIAS					
MEDICO: 24811 RIOS CRUZ ALDO GILMAR					

[Signature]
Dr. Aldo Rios Cruz
CIRUJANO ORTOPEDICO
RNE: 13368

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

UNA PARTE DE MÍ, ES VIDA PARA TÍ, SOY DONANTE

USUARIO: 16776709

FEC.IMP: 07/10/24

HORA:

07:07:44

[Signature]

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 004 - H.N. ALMANZOR AGUINAGA ASENJO

CITT No. : **A-004-00022858-24**

Acto Medico: 10233297 - 3

Servicio: B81 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: SANCHEZ ARTEAGA ANTONI

Doc. de Identidad: D.N.I. 71603082

Autogenerado: 9808101SCAEA000

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ACCIDENTE COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 04/10/2024

Fecha Fin: 02/11/2024

Total de Dias: 30

F. de Otorgamiento: 07/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 30

No Consecutivos: 2

PP.SS. Tratante MEDICO 24811

RIOS CRUZ ALDO

RUC: 20187348341

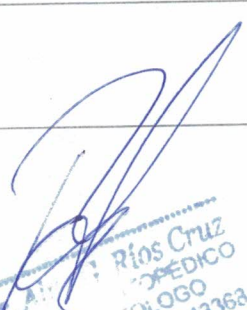
OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 32

Usuario: RIOS CRUZ ALDO GILMAR

Fecha: 07/10/2024

Hora: 08:48:49



Dr. Aldo Rios Cruz
CIRUJANO ORTOPEDICO
TRAUMATOLOGO
CME: 2018 RNE: 13363

Datos del Paciente

Apellidos y Nombres

Doc. de Identidad

Acto Medico

CAS de Atencion

Area Hospitalaria

Servicio Hosp.

Nro de Atencion

SANCHEZ ARTEAGA ANTONI

D.N.I. 71603082

Edad Actual 26A 1M 27D

10233297

H.N. A. AGUINAGA

HOSPITALIZACION

ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA

3

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Fecha de Vigencia

Sexo

Nro Historia Clinica

Fecha de Ingreso

Tipo de Seguro

Fecha de Atención

07/11/2024

MASCULINO

1158212

04/10/2024

07/10/2024

07/10/2024

Horas de la Atención

07:04

Profesional Asistencial

Especialidad Interconsulta

RIOS CRUZ ALDO Colegiatura: 24811

Informe UCI

Anamnesis

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Examen Clínico

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Signos Vitales:

Presión Arterial (mm Hg)0 / 0

Presión Venosa Central (cm H2O)0

Sat. O20

Temperatura Corporal (°C)0,0

Antropometría:

Peso (Kg)0,000

Talla (M)0,00

IMC0

Perímetro Abdominal0,0

Frecuencia Cardíaca (Latidos x Min)0

Frecuencia Respiratoria x Min0

FiO20,00

Escala EVA de DolorSin Registro

Ver Grafica

ESCALA GLASGOW

AO

RV

RM

TOTAL 0

PULMONARY SCORE

FR0

Sibilancias 0: No

ECM0: No

TOTAL 0

Gravedad NINGUNA

TE: 11/2024

ANT MED NIEGA

ANT QX NIEGA

ALERGIAS: NIEGA

PACIENTE ACUDE PROCEDENTE DE CONSULTORIO EXTERNO PARA TTO DE LESION DE LCA, REFIERE QUE SUFRIÓ TRAUMATISMO EN REGION LATERAL DE RODILLA IZQ, POSTERIORMENTE DOLOR E INESTABILIDAD.

DX LESION DE LCA IZQ

PO 05/10/24 REPARACION DE LCA

S: PASA LA NOCHE SIN INTERCURRENCIAS

O: RODILLA IZQ: HERIDA OPERATORIA EN BUENAS CONDICIONES, CUBIERTO CON VENDAS Y GASAS LIMPIAS Y SECAS, MOVILIDAD Y PERFUSION DIGITALES CONSERVADA

A: HEMODINAMICAMENTE ESTABLE.

P: ALTA CON INDICACIONES

Diagnostico

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Código

Descripción

Nombre Tipo Diagnóstico

S83.5

ESGUINCES Y TORCEDURAS QUE COMPROMETEN EL LIGAMENTO CRUZADO (ANTERIOR) (POSTERIOR) DE LA RODILLA

DEFINITIVO

Z54.0

CONVALESCENCIA CONSECUTIVA A CIRUGIA

DEFINITIVO

Plan de Trabajo

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Indicaciones

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

ALTA CON INDICACIONES

CEFALEXINA 500 MG VO C/12H X 10 D

PARACETAMOL 500 MG VO C/8H X 5 DIAS

CONTROL POR CE DE TRAUMATOLOGIA EN 30 DIAS CON DR *Regugio - Aduscia etc.*

CURACION A NECESIDAD CON LIC ÑOPO

RETIRO DE PUNTOS EN 20 DIAS CON LIC ÑOPO O EN SU POLICLINICO DE ORIGEN

FLEXION MAXIMA 90°

PUEDE DEAMBULAR CON APOYO PARCIAL

NO SUBIR ESCALERAS, NO CARGAR PESO

EJERCION DE FORTALECIMIENTO DE CUADRICEPS

CITT X 30 DIAS

Resultado de la Atención

ALTA MEDICA

Tipo de Atención

VISITA HOSPITALARIA

Solicitudes Interconsulta

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Solicitud

Acto Médico

Fecha y Hora

Servicio

Motivo

Estado

Exámenes Auxiliares Solicitados en la Secuencia de Atención

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Medicamentos Recetados

(16776709-07/10/2024 07:06-10.56.1.186)

Dr. Aldo Rios Cruz
CIRUJA
TRAUMATOLOGO
CMP-24811 RNE-13368