

Banda de Pishuaya, 02 de setiembre del 2023.

OFICIO N° 032-2023-GRSM-DRESM-UGELD-I.E. N° 404-DN-BANDA DE PISHUAYA

SEÑOR : **Prof. MARIA CAROLINA PEREZ TELLO**
Directora de la UGEL-Dorado

ASUNTO : **Reporte de asistencia mensual y horas efectivas**

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo, adjunto al presente remitirle el Reporte de asistencia mensual y horas efectivas, correspondiente al mes de **AGOSTO** de la I.E. N° 404 "DIVINO NIÑO" – Banda de Pishuaya, del personal docente y directivo.

Propicia sea la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima.

Atentamente;



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - EL DORADO
I.E. N° 404 - DIVINO NIÑO - BDA. DE PISHUAYA
NIVEL INICIAL

.....
Dra. Artemisa Reátegui Caro
DIRECTORA

ANEXO 03

UGEL:		MES:	AGOSTO	AÑO:	2023		
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	EL DORADO	TURNO:	M y T				
NIVEL EDUCATIVO Y MODALIDAD:	404-DIVINO NIÑO	BANDA DE PISHUAYA	DISTRITO:	SAN JOSE DE SISA	PROVINCIA:	EL DORADO	REGIÓN:
CODIGO MODULAR:	INICIAL LUGAR:	CODIGO DE LOCAL:	472797				SAN MARTÍN
	0274464						

Lugar y fecha: Banda de Pishuaya, 02 de setiembre del 2023

A	Día laborado
I	Inasistencia injustificada
3-T	Tercera tardanza considerada como inasistencia injustificada
J	Inasistencia justificada (licencia, permiso, vacaciones)
L	Licencia sin goce de remuneraciones
P	Permiso sin goce de remuneraciones
T	Tardanza
H	Huelga o paro



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTIN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - EL DORADO
I.E. N° 404 - DIVINO NIÑO - BDA. DE PISHUAYA
NIVEL INICIAL

Dra. Artemisia Reátegui Caro
DIRECTORA

NORMAS PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIA Y SU APLICACIÓN EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGO DE LOS PROFESORES Y AUXILIARES EN EDUCACIÓN, EN EL MARCO DE LA LEY DE REFORMA MAGISTERIAL Y SU REGLAMENTO

ANEXO 04
FORMATO 02: REPORTE DE INASISTENCIAS, TARDANZAS Y PERMISOS SIN GOCE DE REMUNERACIONES

UGEL:	EL DORADO	MES:	AGOSTO	AÑO:	2023
INSTITUCIÓN EDUCATIVA:	404-DIVINO NIÑO	TURNO:	MYT		
NIVEL EDUCATIVO Y MODALIDAD:	INICIAL	LUGAR:	BANDA DE PISHUAYA	DISTRITO:	SAN JOSE DE SISA
CODIGO MODULAR:	0274464	CODIGO LOCAL:	472797	REGIÓN:	SAN MARTIN
				PROVINCIA:	EL DORADO

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	CONDICIÓN	Jor. Lab.	Inasistencias		Tardanzas		Permisos SG		Huelga/Paro		Observaciones
						Días	Minutos (*)	Horas (*)	Minutos (*)	Horas (*)	Minutos (*)	Días	Minutos (*)	
1	00932793	REATEGUI CARO ARTEMISA	DIRECTORA	NOMBRADA	40			0	0	0	0	0		
2	00932283	VASQUEZ ROJAS MARIA MILAGROS	PROFESOR	NOMBRADA	30	0		0	0	0	0	0		
3	01146806	DEL AGUILA BARTRA ESTELA	PROFESOR	CONTRATADA	30	0		0	0	0	0	0		
4	43665515	DAVILA SANCHEZ LUZBITH	PROFESOR	CONTRATADA	30	0		0	0	0	0	0		
5	16629915	TRONCOS GARCIA HILDA	PROFESOR	CONTRATADA	30	0		0	0	0	0	0		
6	43220531	PANDURO RENGIFO LILIBETH	Aux. Educ.	CONTRATADA	30	28-29		0	0	0	0	0		PRESENTO SU SOLICITUD

(*) Hora y minuto cronológico

Observaciones.-

Banda de Pishuaya, 02 de setiembre del 2023

Dra. Artemisa Reategui Caro
DIRECTORA

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO."

Solicita: Justificación de inasistencias por salud

SEÑORA: DIRECTORA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA N°404 DE LA IE DIVINO NIÑO DEL NIVEL INICIAL DE SAN JOSÉ DE SISA

Lilibeth Pnaduro Rengifo , peruana y natural de la ciudad de saposoa, Provincia de Huallaga, region San Martín , identificada con DNI. N°43220531, de estado civil soltera, con domicilio actual en Vía de Evitamiento- – Saposoa, actual trabajadora de educación, desempeñandome como auxiliar de educacion en la I.E. N°404 nivel inicial . Ante usted con el merecido respeto me presento y expongo.

Que, encontrandome mal de salud, a consecuencia de una fuerte infeccion de una de mis dentaduras, causandome un insoportable dolor y que ameritaba ser atendida de emergencia para su extracción, ademas de su tratamiento, me ha imposibilitado asistir con mis dias labores que me ha sido encomendado, durante los dias lunes 28 y martes 29. Por lo que es justo motivo de acudir a Ud. señora directora para solicitarle se me justifique mi inasistencia en los dias lineas arriba indicado .

Adjunto al presente;

- Copia de DNI
- Copia del certificado médico donde fui atendido
- Copia Receta

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted señora directora acceder a mi solicitud por ser justa

San José de Sisa 31 de agosto del 2 023

Lilibeth Panduro Rengifo

DNI. N°43220531

SOLICITANTE



COLEGIO ODONTOLÓGICO DEL PERÚ
CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO ODONTOLÓGICO

El que suscribe, Cirujano Dentista Manuel F. Ushinakuma Serrano
C.O.P. N° 41523

CERTIFICA:

Haber atendido a dama: Lilibeth Pauder Rongifo
con DNI: 43220531, de 37 años, domiciliado en St. Arica # 520 Promueo Huallaga, distrito Saposoa.

Paciente refiere dolor dental localizado, al examen físico se evidencia inflamación y enrojecimiento de la zona con presencia de caries con compromiso pulpar y asimetría facial, por lo que se realizó la cirugía dental para luego limpiar la zona afectada con curadaje y raspado alveolar.

Se sugiere tratamiento antibiótico, analgésico y reposo absoluto por 03 días, no exponer al sol, no calentar, no esfuerzos físicos.

27 de Agosto del 20 23

Mr. Manuel F. Ushinakuma Serrano
CIRUJANO DENTISTA
COP. 41523

Firma

N° **568010**

El certificado odontológico sólo puede ser firmado por un cirujano dentista habilitado

CONSTANCIA DE ATENCION

El (la) asegurado (a) don (ña) Panduro

Pangifo Lilibeth

con Carnet N° 4322 0531

a concurrido a nuestro Centro Asistencial por

motivos de: granuloma apical

por 36

a días: 26 agosto 2023

a solicitud del interesado.

Hora de atención: 12:00


RED ASISTENCIAL SAPOTO
Posta Medica Sapoto
Medico responsable
Jose Miguel A. Huamanquilla Matias
CIPUJANO DENTISTA
COP: 52841

No. DE ORDEN:
P.M. SAPOSOA

28980 FECHA EMISION: 26/08/2023

CEXT

ODONTOLOGIA

FARMACIA

ASEGU.: PANDURO RENGIFO LILIBETH

EDAD: 37 años 9mes 22dias

AUTOG.: 8511040PDRGL009

H/C: 5331

ACT.MED. 83736 DOC.ID: D.N.I. 43220531

VIGENCIA: 25/09/23

No. CODIGO	DENOMINACION	DIAS	UM	CANT.
------------	--------------	------	----	-------

1	NAPROXENO 500MG(BASE)Ó 550MG(SAL SÓDICA)	3	TB	6,00
---	--	---	----	------

Ind: TOMAR 01 TABLETA CADA 12 HORAS POR 3 DÍAS

2	CLINDAMICINA (COMO CLORHIDRATO) 300 MG	5	CP	15,00
---	--	---	----	-------

Ind: TOMAR 01 TABLETA CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS

MEDICO: 52841 HUAMANGUILLA MATIAS JOSE MIGUEL ANGEL

REDASISTENTE PANDURO
FIRMA Y SELLO DEL MEDICO

TODA ENMENDADURA O DETERIORO INVALIDA LA RECETA

"SALVA VIDAS, LAVATE LAS MANOS"

USUARIO: 47460733

FEC.IMP: 26/08/23

COTRA2841 09:31:21



**DENTAMED CIRUGIA ORAL Y ESTETICA
MAXILOFACIAL E.I.R.L.**

RUC 20606972343

JR. MANUEL AREVALO ORBE N° 528, TARAPOTO, SAN MARTÍN - SAN
MARTÍN

Email: dentamed@gmail.com

**BOLETA DE VENTA
ELECTRÓNICA
B003-00000009**

FECHA DE EMISIÓN : 2023-09-01

FECHA DE
VENCIMIENTO : 2023-09-01

CLIENTE: : HECTOR RICARDO ALVA VALDIVIA

DNI : 43220539

DIRECCIÓN: : JR. AYACUCHO 3891 URB. PERU, SAN MARTÍN DE PORRES, LIMA - LIMA

CANT.	UNIDAD	DESCRIPCIÓN	MODELO	LOTE	SERIE	P.UNIT	DTO.	TOTAL
1	ZZ	CONSULTA				50.00	0	50.00
OP. EXONERADAS: S/								50.00
IGV: S/								0.00
TOTAL A PAGAR: S/								50.00

SON: CINCUENTA CON 00/100 SOLES



Código Hash: muhEa5zi4o9VAWTZtACLHTR05hc=

CONDICIÓN DE PAGO: Contado

PAGOS:

• Efectivo - S/ 50

Vendedor:

Administrador



Emitted por: Contadores MURRIETA
Código: 943830047

Para consultar el comprobante ingresar a <https://dentamed.facturacionmurrieta.com/buscar>