



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



“AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO”
“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

Buena Vista, 05 de Setiembre de 2023

OFICIO N° 032 -2023 - D - I.E. N° 0035-BV

SEÑORA : **Dra. MARÍA CAROLINA PÉREZ TELLO**
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO.

ASUNTO : **Remite expediente de licencia por Incapacidad**
Temporal.

Es grato dirigirme al despacho de su digno cargo para saludarla cordialmente en nombre de la I.E. N° 0035 del caserío Buena Vista y, al mismo tiempo, hacer llegar para su trámite respectivo, la solicitud de **LICENCIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL** presentada a mi despacho por la profesora **YENNY YOVELY JUAPE RAFAEL**, docente contratada del área de Matemática de nuestra Institución Educativa la cual, según consta en el Certificado de Incapacidad Temporal expedido por el Hospital EsSalud de la ciudad de Tarapoto, tendría vigencia por 07 días; del 02 al 08 de Setiembre del presente año.

Aprovecho la oportunidad para expresarle las muestras de mi distinguida consideración y estima.

Atentamente:

**Gobierno Regional de San Martín**
DRE San Martín - UGEL El Dorado
I.E. N° 0035 - Buena Vista

Kike Meléndez García
DIRECTOR

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

SOLICITO: LICENCIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

SEÑOR: **KIKE MELENDEZ GARCÍA**
DIRECTOR DE LA I.E 0035 BUENA VISTA

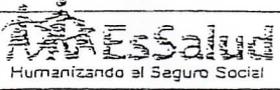
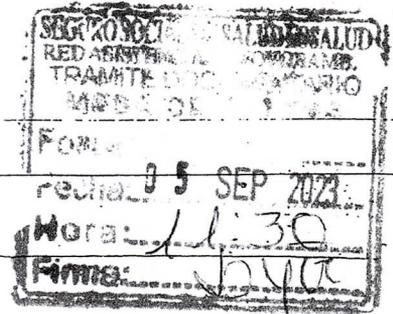
Yo, **YENNY YOVELY JUAPE RAFAEL**, identificada con DNI N° 42464366, domiciliada en el distrito de Nueva Cajamarca – Jr. monterrey lote 8 Mz 3, docente contratada del área de Matemática de la I.E 0035 Buena Vista, que usted dignamente dirige, con el debido respeto me presento y expongo:

Que, por motivo de encontrarme delicada de salud y ser intervenida el día sábado 2 de septiembre del presente año, no podre estar presente en mi centro de trabajo, a partir del día lunes 4 hasta el día viernes 8 de septiembre del presente año, según el descanso medico otorgado por el Doctor del establecimiento médico que fui atendida. Razón por el cual solicito a usted licencia por salud de los días antes mencionados. Adjunto documentación sustentatoria.

Por tanto, pido a usted, acceder a mi petición.

Nueva Cajamarca 4 de septiembre del 2023

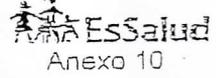

.....
YENNY YOVELY JUAPE RAFAEL
DNI: 42464366
DOCENTE



ANEXO N° 10

FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO

DISTRIBUCIÓN GRATUITA-- PROHIBIDA SU VENTA

 Anexo 10	FORMULARIO PARA EL TRÁMITE DE VALIDACIÓN DE CERTIFICADO MÉDICO	N° Folio EsSalud (Usado por el asegurado y/o solicitante)
---	--	--

I.- INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR:				ONI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)			
JUAPE		RAFAEL		YENNY YQUELI			
Número de teléfono o celular			Correo electrónico				
942823103							

DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA:

Número de RUC	Razón Social	Trabajo Habitual u Ocupación
2018734834	VEEL EL DORADO	PROFESORIA

II.- INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Consignar esta información en caso el solicitante no sea el asegurado titular)

DATOS DEL SOLICITANTE:				ONI <input type="checkbox"/>	CARNET EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/>	PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Número
Primer apellido		Segundo apellido		Nombre(s)			
Número de teléfono o celular			Correo electrónico				

III.- CONTINGENCIA

<input type="checkbox"/>	(Ver Tabla de Contingencia en el reverso del Formulario)
--------------------------	--

IV.- PERIODO A VALIDAR

Del	09.09.2023	Al	08.09.2023	Total días	1 día
-----	------------	----	------------	------------	-------

V.- DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta <input type="checkbox"/>	Documentos señalados en el reverso del Formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atención
-------------------------------------	---

DECLARACION JURADA:

El firmante declara bajo juramento, que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir las sanciones previstas en los artículos pertinentes del Código Penal.

Asimismo, autorizo que las notificaciones se remitan a los correos electrónicos consignados en el presente Formulario.

SI NO

La firma del solicitante: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Persona con carta poder simple	USO DE ESSALUD - REPRENDO
--	---------------------------