



“Año del bicentenario de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

OFICIO N° 034- 2024-IES CANGALLI-24

ALA : DRA. NOKA BELINDA CCORI TORO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO

DEL : DIRECTOR DE LA IES AGROPECUARIO DE CANGALLI
: PROF. ANASTACIO ALANIA PACOVILCA

ASUNTO : REMITE AMPLIACION DE LICENCIA DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO DEL **PROF. EDWIN CHOQUEHUANCA GERÓNIMO ESP. MATEMATICAS**

FECHA : CANGALLI 11 DE OCTUBRE DEL 2024

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. Para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo informarle que el profesor EDWIN CHOQUEHUANCA GERONIMO, Identificado con DNI. 01875049, PROFESOR DE LA IES CANGALLI en la especialidad de Matemáticas, quien por motivos de salud solicita ampliación de licencia por incapacidad temporal CITT. N° A-140-00017952-24 que finalizara el 25 de octubre de 2024, otorgado por el médico de la especialidad de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Es salud – Hospital III Puno, motivo por el cual SOLICITO A SU AUTORIDAD, pueda otorgar dicha licencia y se emita resolución reconociendo dicha licencia y para luego efectuar nuevo contrato para no perjudicar a los estudiantes en las horas de clase

Sin otro particular aprovecho la ocasión para reiterarle las consideraciones más distinguidas y estima personal



Anastasio Alania Pacovilca
DIRECTOR



SOLICITA: Ampliación de licencia con goce de haberes por motivos de salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCION EDUCATIVA AGROPECUARIO CANGALLI

Yo, Edwin CHOQUEHUANCA GERONIMO, Identificado con DNI. 01875049, docente de la Institución Educativa Agropecuario Cangalli área de Matemática, domiciliado en Jr. 29 de setiembre N° 630 de ciudad de Ilave. Ante usted digo lo siguiente:

Que, teniendo la necesidad de ampliar mi licencia con goce de remuneraciones por motivos de salud según CITT. N° A-140-00017952-24 que finalizara el 25 de octubre de 2024, otorgado por el médico de la especialidad de ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA, Es salud – Hospital III Puno. Es por esta razón acudo a su despacho para solicitar la ampliación de mi licencia arriba mencionada puesto que no podre asistir a mi centro de labores para tal efecto se adjunta los documento sustentatorios.

POR LO EXPUESTO:

Solicito a usted señor director acceder a mi petición por ser legal.

SE ADJUNTA:

- ✓ Certificado de incapacidad temporal para el trabajo
- ✓ Copia de DNI

Cangalli, 10 de octubre del 2024.

Prof. Edwin CHOQUEHUANCA GERONIMO
DNI. 01875049



MINISTERIO DE EDUCACION
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO-ILAVE
INSTITUCION EDUCATIVA SECUNDARI AGROPECUARIO CANGALLI
CREADO CON R.D 0175 31/05/1989



Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : **A-140-00017952-24**

Acto Medico: 2279862

Servicio: B81 ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGIA

Nombre Asegurado: CHOQUEHUANCA GERONIMO EDWIN

Doc. de Identidad: D.N.I. 01875049

Autogenerado: 7608021CQGOE002

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ACCIDENTE COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 10/10/2024

Fecha Fin: 25/10/2024

Total de Dias: 16

F. de Otorgamiento: 10/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 16

No Consecutivos: 44

PP.SS. Tratante MEDICO 65762
LOAYZA COILA CARLOS

RUC: 20406266207

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 292

Usuario: LOAYZA COILA CARLOS ANGEL

Fecha: 10/10/2024 Hora: 15:13:57


CARLOS ANGEL LOAYZA COILA
MEDICO CIRUJANO
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA
CNP 45232 000 307 13

