



COLEGIO EMBLEMATICO
"JOSÉ GÁLVEZ"



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

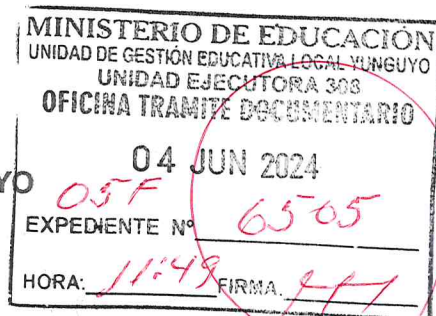
Yunguyo, 04 de junio del 2024.

OFICIO N° 078-2024-DIES -"JG"-Y.

SEÑOR : LIC. EFRAIN CONDORI RIVERA
DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

PRESENTE. -

ASUNTO : COMUNICA LICENCIA CON GOCE DE
REMUNERACIONES.



De mi especial consideración:

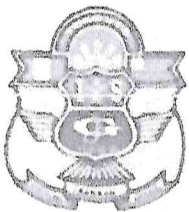
Es grato dirigirme a su autoridad, con la finalidad de manifestar que, la Dirección de la Institución Educativa Secundaria "José Gálvez" de nuestra Provincia de Yunguyo, recepcionó el expediente N° 0853 de parte del Profesor **Claudio Alférez Challos** Docente del Área de Matemática, quien solicita Licencia con goce de remuneraciones por el periodo de 08 días a partir del 03 al 10 de junio del presente año, por lo que se le hace de conocimiento a su autoridad. Adjunto copia del expediente.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para saludarlo muy cordialmente y estima personal.

Atentamente,



Prof. Juan Alemán Cruz
DNI N° 01329047
DIRECTOR



Colegio Emblemático
JEC

"JOSÉ GÁLVEZ"
YUNGUYO

N° 002696



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

R.M. N° 026-86-ED.
(ANEXO 1)

Dirección Regional de Educación - Puno
DIRECCIÓN DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
JOSÉ GÁLVEZ - YUNGUYO

0853

04/06/24

10:00

(SELLO)

Se. Director de la I.E. José Gálvez

2. DESTINATARIO

Claudio Alférez Chalco

3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)

Decente 32 horas (nombreado)

4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

42461333

5. CÓDIGO MODULAR

6. DOCUMENTO y/o DNI.

Asir La Joya Mz 110 Lote 20-A

913 203510

claudio_junio13@hotmail.com

7. DOMICILIO DEL USUARIO

8. CELULAR

9. CORREO ELECTRÓNICO

10. FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

Que encontrándome delicada de salud, es que solicito la licencia con goce de remuneración por salud, del lunes 03 de Junio el 10 de Junio del presente año 2024

11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Fut

Formulario

CIT

DNI

Última boleta paga

12. AÑOS:

Yunguyo 04 de Junio 2024

13. LUGAR Y FECHA:

14. FIRMA:

FORMATO: SOLICITUD DE LICENCIA LEY N° 29944 (PERSONAL DOCENTE) Descarga de formato: http://www.ugelima.gob.pe/tema-personal/	FECHA DE RECEPCIÓN EN LA I.E.:
--	---------------------------------------

SR(A)(ITA). DIRECTOR(A) DE LA IE/UGEL YUNGUYO

DATOS DEL TRABAJADOR:	
To: <u>Claudio Alferez Challa</u>	Identificado con DNI: <u>42461333</u>
Domiciliado en: <u>Av. La Joya M2 MU Lule 2da-A</u>	Distrito: <u>GAL</u> Prov. <u>Tarma</u>
Cargo: <u>Docente</u>	Condición laboral: (X) Nombrado () Contratado
UGEL/LE: <u>Yunguyo / Jose Galvez</u>	Cargo: <u>Docente</u>
Pertenesco al Nivel: Inicial () Primaria () Secundaria (X) EBA Avanzado () EBA Inicial Intermedio () CETPRO Celular: _____	

SOLICITO LICENCIA:

Se realiza a solicitud del profesor en el centro laboral y culmina en la instancia superior (UGEL) con una resolución que formaliza el trámite.

A) LICENCIA CON GOCE DE REMUNERACION (Marcar con X)		
☒ Por incapacidad temporal (Salud). ☐ Por maternidad. ☐ Por paternidad. ☐ Por estudios de posgrado, especialización o perfeccionamiento, autorizados por el Ministerio de Educación y los gobiernos regionales, con en el país o en el extranjero. ☐ Por asumir representación oficial del Estado peruano en eventos nacionales y/o internacionales de carácter científico, educativo, cultural y deportivo. ☐ Por desempeño de cargos de consejero regional o regidor municipal, equivalente a un día de trabajo semanal, por el tiempo que dure su mandato. ☐ Por capacitación organizada y autorizada por el Ministerio de Educación o los gobiernos regionales.	☐ Por fallecimiento de padres, cónyuge o hijos. ☐ Por adopción. ☐ Por citación expresa, judicial, militar o policial.	☐ Por representación sindical. ☐ Por siniestros. ☐ Enfermedad de Familiares directos en estado grave, terminal o sufran accidente grave.
DEL <u>03, 06, 2024</u> HASTA <u>10, 06, 2024</u>		
Adjuntos: <u>CITI, Fot, Formularios, DNI</u>		

B) LICENCIA SIN GOCE DE REMUNERACION (Marcar con X)		
☐ Por motivos particulares. ☐ Por desempeño de funciones públicas o cargos de confianza.	☐ Por capacitación no oficializada.	☐ Por enfermedad grave del padre, cónyuge, cónyuge reconocido judicialmente o hijos. ☐ Ampliación de la licencia por motivos particulares, de conformidad con la última Disposición Complementaria Transitoria de la LAM.
DEL _____ HASTA _____		
Adjuntos: _____		

Yunguyo, 04 de Junio del 2024


 Firma y Huella Digital
 (coordinadora)

Firma y sello del Director (a)



CÓDIGO MODULAR DE PLANILLA
1042461333-275001

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
ALFEREZ CHALLO

CENTRO DE TRABAJO
JOSE GALVEZ

RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 29944

LEYENDA PERMANENTE
NOMBRAMIENTO 2024

JORNADA LABORAL
30

SITUACIÓN
Habilitado

DÍAS DE INASISTENCIA
0

CÓDIGO MODULAR IE
0240192

BOLETA DE PAGO

PUNO
UGEL YUNGUYO
RUC 20406267190

MAYO - 2024

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

NOMBRES
CLAUDIO

CARGO
PROFESOR

VÍNCULO LABORAL
INGRESO-01/03/2024 TÉRMINO:

DOC. DE REFERENCIA
RDO137-2023

DÍAS/MENSUAL
30

NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Secundaria

TARDANZA (HH:MM)
00:00

D.N.I
42461333

TIPO SERVIDOR
Docente Nombrado

ENTIDAD BANCARIA
BCO NACION

RÉGIMEN PENSIONARIO
Ley 19990

ESCALA MAGISTERIAL
Escala 1

CÓDIGO PLAZA NEXUS
1113114376P6

DÍAS DE LICENCIA
0

INGRESOS

CONCEPTO
Remtg. Manual
Remtg. Man. No Af
Moras.Adic
RIM_Ley 29944
asgfro_brm

DESCUENTOS

MONTO	CONCEPTO
S/ 268.71	DL19990 SNP
S/ 144.69	
S/ 205.70	
S/ 3,100.50	
S/ 100.00	

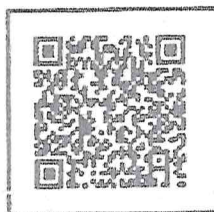
MONTO
S/ 314.39

TOTAL INGRESOS

S/ 3,020.60

TOTAL DESCUENTOS

S/ 314.39



La presentación de la boleta de pago electrónica
queda así verificada a través de la lectura del
código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 3,506.21

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 2,418.40

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y
compromiso con el medio ambiente.

ESSA 144 - HUBI DAMEL ALCHES CAÑABITA

ENT 60 A-144-000100000-24

Acta Médico 2257810

Servicio PSI NEURON HUBI 45

Nombre Asegurado ALCHES CAÑABITA CLAUDIO

Doc. de Identidad DNI 400131

Autogenerado 8406131A000000

Tipo de Atención CONSULTA EXTERNA

Contingencia ENFERMEDAD COMUN

Med. Control

F. Prob. de Parto

RECURSOS DE LA EMPRESA
F. INCAPACIDAD TEMPORAL

Fecha de Inicio 03/06/2024

Fecha Fin 10/06/2024

Total de Dias 8

F. de Cierre 03/06/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos 8

No Consecutivos 0

PR SS. Tratando MEDICO 24154
CAMPOS FLORES ALEJANDRO

RUC 20406287100

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulada 29

Tratado CAMPOS FLORES ALEJANDRO

Fecha 03/06/2024 Hora 17:21:31