



UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
COLEGIO EMBLEMÁTICO
"JOSÉ GÁLVEZ"



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

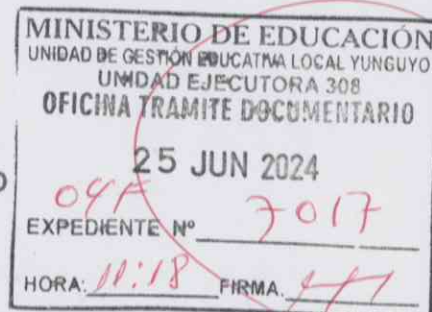
Yunguyo, 25 de junio del 2024.

OFICIO N° 0159-2024-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° 0961 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 24 de junio al 01 de julio 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 Momán Cruz
DNI N° 01320047
DIRECTOR



Colegio Emblemático
JSC

YUNGUYO



R.M. N° 026-06-ED.
(ANEXO 1)

Solicito licencia con goce por salud

1. SUMILLA

Dirección Regional de Educación - Puno
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
NRA. JOSÉ GALVEZ - YUNGUYO

Dep. 0961

25/06/24

8:00 P.m.

(SELLO)

Sr. Director de la I. E. José Galvez

2. DESTINATARIO

Claudio Alférez Challo

3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)

Docente (Nombrada)

4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

42461333

5. CÓDIGO MODULAR

6. DOCUMENTO y/o DNI

Asoc. La Joya N° 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 delicado de salud, por tal motivo solicito la licencia con goce de remuneraciones por salud, para lo cual presento mi CITT de ESSalud del 24 de Junio al 01 de Julio del 2024

11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Fut

Formulario

CITT

DNI

Ultima boleta pago

12. ANEXOS:

Yunguyo 24 de Junio 2024

13. LUGAR Y FECHA:

[Firma]

14. FIRMA:

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

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

DATOS DEL TRABAJADOR:	
Yo, <u>Claudio Alferez Challo</u>	Identificado con DNI: <u>42461333</u>
Domiciliado en: <u>Asoc. La Joya H2 H0 lote 20-A</u>	Districto: <u>G.A.L.</u> Prov. <u>Tacna</u>
Cargo: <u>Docente</u>	Condición laboral: ☒ Nombrado ☐ Contratado
UGEL/E: <u>Yunguyo / José Gálvez</u>	Cargo: <u>Docente</u>
Pertenecio al Nivel: Inicial ☐ Primaria ☐ Secundaria ☒ EBA Avanzado ☐ EBA Inicial Intermedio ☐ CETPRO	Celular: <u>913 203510</u>

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 fallecimiento de padres, cónyuge o hijos.	☐ Por representación sindical.
☐ Por maternidad.	☐ Por adopción.	☐ Por siniestros.
☐ Por paternidad.	☐ Por citación expresa, judicial, militar o policial.	☐ Enfermedad de familiares directos en estado grave, terminal o sufran accidente grave.
☐ Por estudios de posgrado, especialización o perfeccionamiento, autorizados por el Ministerio de Educación y los gobiernos regionales, sea 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.		

DEL 24, 06, 2024 HASTA 01, 07, 2024

Adjuntos: CITI, Fot, DNI, formularios

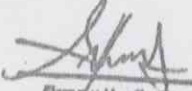
B) LICENCIA SIN GOCE DE REMUNERACION (Marcar con X)

☐ Por motivos particulares.	☐ Por capacitación no oficializada.	☐ Por enfermedad grave del padre, cónyuge, conviviente reconocida judicialmente o hijo.
☐ Por desempeño de funciones públicas o cargos de confianza.		☐ Ampliación de la licencia por motivos particulares, de conformidad con la Séptima Disposición Complementaria Transitoria de la LRA.

DEL/...../..... HASTA/...../.....

Adjuntos:

Yunguyo 24 de Junio del 2024


Firma y Huella Digital
(solicitante)

Firma y sello del Director (a)

PERDIDA DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

FECHA: 24/06/2024

PAIS: A-149-00021144-24

Acta de Nacimiento: 20080104

Seguro: 001 DE UNIFICACION

Nombre Asignado: ALFONSO CHALLICLAUDRO

Dir. de Identidad: 0111 42481333

Acta de Nacimiento: 20080104FEGL0002

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Enfermedad: ENFERMEDAD COMUN

Aten. Control:

E. Dato de Parto:

PERDIDA INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 24/06/2024

Fecha Fin: 01/07/2024

Total de Dias: 8

E. de Organismo: 24/06/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 29

No Consecutivos: 0

PF SS. Tratante: MEDICO 24154
CAMPOS FLORES ALEJANDRO

RUC: 20406267190

[Firma]
Dr. Alejandro E. Campos Flores
MEDICO NEUROCIQUIATRA
COT 18154 - DNE 17875

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 50

Usuario: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha: 24/06/2024 Hora: 16:35:34