



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, 17 de julio del 2024.

OFICIO N° 0174-2024-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° 01078 de parte del Profesor **Claudio Alférez Challo** Docente del Área de Matemática, quien solicita Licencia con goce de remuneraciones por el periodo de 08 días a partir del 15 al 22 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 Alemán Cruz
DNI N° 01320047
DIRECTOR



Colegio Emblemático

JEC

"JOSÉ GÁLVEZ"

YUNGUYO



R.M. N° 026-86-ED.
(ANEXO 1)

Director Regional de Educación - Puno
Oficina de Gestión Educativa Local - Yunguyo
LEONARDO GÁLVEZ - YUNGUYO

Solicito licencia con goce
por salud
1. SUMILLA

01078

16/07/24

156

(SELLO)

Sr. Director de la I.E. José Gálvez

2. DESTINATARIO

Claudio Alférez Chalco

3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)

Docente

4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO

42461333

5. CÓDIGO MODULAR

6. DOCUMENTO y/o DNI

Asoc. La Soya Mz. 110 Lote 20-A

913 203510

claudio_junior13@hotmail.com

7. DOMICILIO DEL USUARIO

8. CELULAR

9. CORREO ELECTRÓNICO

10. FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

Que estando delicado de salud, solicito la licencia con goce de remuneraciones por salud para lo cual presento el CITT de Es Salud del 15 de Julio al 22 de Julio del 2024

11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Fut

Formulario

CITT

DNI

Ultima boleta de pago

12. ANEXOS

Yunguyo 15 de Julio 2024

13. LUGAR Y FECHA:

14. FIRMA:

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

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

DATOS DEL TRABAJADOR:	
Yo, <u>Claudio Alferez Chalco</u>	Identificado con DNI: <u>42461333</u>
Domiciliado en: <u>Asoc. La Joya Mz 110 Lote 20-A</u>	Distrito: <u>G.A.L.</u> Prov: <u>Tacna</u>
Cargo: <u>Docente</u>	Condición laboral: (X) Nombrado () Contratado
UGEL/I.E.: <u>Yunguyo / José Báñez</u>	Cargo: <u>Docente</u>
Pertenece al Nivel: Inicial () Primaria () Secundaria (X) 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 sufron 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 dura su mandato. | ☐ Por capacitación organizada y autorizada por el Ministerio de Educación o los gobiernos regionales. | |

DEL 15, 07, 2024 HASTA 22, 07, 2024

Adjunto: CITI, Fot, DNI, ultima Boleta pago

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 hijos. |
| ☐ Por desempeño de funciones públicas o cargos de confianza. | ☐ Ampliación de la licencia por motivos particulares, de conformidad con la última Disposición Complementaria Transitoria de la LRA. | |

DEL _____ HASTA _____

Adjunto:

Yunguyo. 15 de Julio del 20 24


Firma y Huella Digital
(solicitante)

Firma y sello del Director (a)

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

E.E.S.S.: 149 - H.III DANIEL ALCIDES CARRION

CITI No.: **A-149-00022739-24**

Acto Medico: 2323467

Servicio: B61 NEUROCIRUGIA

Nombre Asegurado: ALFEREZ CHALLO CLAUDIO

Doc. de Identidad: D.N.I. 42461333

Autogenerado: 8406131AECLC002

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 15/07/2024

Fecha Fin: 22/07/2024

Total de Dias: 8

F. de Otorgamiento: 15/07/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 50

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 24154
CAMPOS FLORES ALEJANDRO

RUC: 20406267190


Dr. Alejandro Campos Flores
MÉDICO NEUROCIRUJANO
CAMP 24154 - RNE 17475

OBSERVACIONES CIE-10: 1. M51.1 2.

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 71

Usuario: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha: 15/07/2024 Hora: 13:32:34

Usuario Impresión: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha de Impresión: 15/07/2024 13:32:38