



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

Yunguyo, 01 de agosto del 2024.

**OFICIO N° 0185-2024-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 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 31 de julio al 06 de agosto 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,



*Juan Alemán Cruz*  
Prof. Juan Alemán Cruz  
DNI N° 01820047  
DIRECTOR

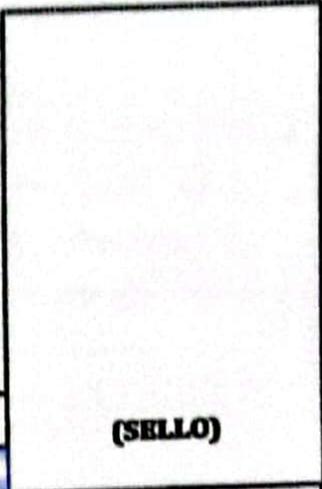


**Colegio Emblemático  
JEC  
"JOSE GALVEZ"  
YUNGUYO**

# FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)

**R.M. N° 026-86-ED.  
(ANEXO 1)**

Solicito licencia con goce  
por salud  
**1. SUMILLA**



**(SELLO)**

Sr. Director de la I.E. Jose Galvez  
**2. DESTINATARIO**

Claudio Alferez Chalco  
**3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)**

Docente  
**4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO**

<b>5. CÓDIGO MODULAR</b>	4246 1333
--------------------------	-----------

<b>7. DOMICILIO DEL USUARIO</b>	Asoc. La Joya Mz. 110 lote 20-A	<b>8. CELULAR</b>	913 203510	<b>9. CORREO ELECTRÓNICO</b>	claudio_junio13@hotmail.com
---------------------------------	---------------------------------	-------------------	------------	------------------------------	-----------------------------

**10. FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:**  
Que encontrandome delicado de salud solicito la licencia con goce de remuneraciones por salud para lo cual presento el CITT de ES Salud del 30 de Julio al 06 de Agosto del 2024

**11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:**  
Fut  
Formularios  
CITT  
DNI  
Ultima. Boleta Pago

**12. ANEXOS:** : Yunguyo 01 de Agosto 2024  
**13. LUGAR Y FECHA:**

**14. FIRMA:**  
*[Handwritten Signature]*

**FORMATO: SOLICITUD DE LICENCIA**  
**LEY N° 29944 (PERSONAL DOCENTE)**

Descarga de formato: <http://www.ugeltacna.gob.pe/adm-personal/>

FECHA DE RECEPCIÓN EN LA I.E.:

SR(A)(ITA), DIRECTOR(A) DE LA IE/UGEL:

**DATOS DEL TRABAJADOR:**

Yo, Claudio Alferez Chalco Identificado con DNI: 42461333  
Domiciliado en: Asoc. La Joya H2. 110 lote 20-A Distrito: G.A.L. Prov. Tacna  
Cargo: Docente Condición laboral: (X) Nombrado ( ) Contratado  
UGEL/I.E. Yunguyo / José Galvez Cargo: Docente  
Pertenezo al Nivel: Inicial ( ) Primaria ( ) Secundaria (X) EBA Avanzado ( ) EBA Inicial Intermedio ( ) CETPRO Celular: 913 203510

**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)**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Por incapacidad temporal (Salud).   | <input type="checkbox"/> Por fallecimiento de padres, cónyuge o hijos.       | <input type="checkbox"/> Por representación sindical.  |
| <input type="checkbox"/> Por maternidad.  | <input type="checkbox"/> Por adopción.                                       | <input type="checkbox"/> Por siniestros.   |
| <input type="checkbox"/> Por paternidad.  | <input type="checkbox"/> Por citación expresa, judicial, militar o policial. | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Familiares directos en estado grave, terminal o sufran accidente grave. |
| <input type="checkbox"/> 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. |  |  |
| <input type="checkbox"/> Por asumir representación oficial del Estado peruano en eventos nacionales y/o Internacionales de carácter científico, educativo, cultural y deportivo.                  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Por desempeño de cargos de consejero regional o regidor municipal, equivalente a un día de trabajo semanal, por el tiempo que dure su mandato.                           |  |  |
| <input type="checkbox"/> Por capacitación organizada y autorizada por el Ministerio de Educación o los gobiernos regionales.  |  |  |

DEL 30, 07, 2024 HASTA 06, 08, 2024

Adjunto: CITI, Fut, DNI, Ultima boleta de pago

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

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Por motivos particulares.                                  | <input type="checkbox"/> Por capacitación no oficializada. | <input type="checkbox"/> Por enfermedad grave del padre, cónyuge, conviviente reconocido judicialmente o hijos.  |
| <input type="checkbox"/> Por desempeño de funciones públicas o cargos de confianza. |  | <input type="checkbox"/> Ampliación de la licencia por motivos particulares, de conformidad con la Séptima Disposición Complementaria Transitoria de la LRM. |

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

Adjunto:

Yunguyo, 01 de Agosto del 2024

  
Firma y Huella Digital  
(solicitante)

\_\_\_\_\_  
Firma y sello del Director (a)



Firmado digitalmente por:  
CORDOVA LINARES Renzo  
Alejandro FAU 20131257750 hard  
Motivo: Soy el autor del  
documento  
Fecha: 01/08/2024 07:51:05-0500

Fomulario 8003 - I

USUARIO

### CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EESS: 149 - H.III DANIEL ALCIDES CARRION

CITT No. : **A-149-00023800-24**

Ado Medico:

Servicio: MED. CONTROL (MECO)

Nombre Asegurado: ALFEREZ CHALLO CLAUDIO

Dca. de Identidad: L.E. / D.N.I. 42461333

Autogenerado: 8406131AECLC002

Tipo de Atencion: REGULAR. CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control: 70492 CORDOVA LINARES RENZO ALEJANDRO

F.Prob. de Parto:

#### PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/07/2024

Fecha Fin: 06/08/2024

Tdal de Dias: 8

F.de Otorgamiento: 01/08/2024

#### DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 65

No Consecutivos: 0

PR.SS. Tratante MÉDICO 24154

RUC: 20406267190 UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL DE YUNGUYO

#### OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 86

Ver condiciones y/o restricciones en [www.essalud.gob.pe](http://www.essalud.gob.pe)

Usuario: 71602291

Fecha: 01/08/2024

Hora: 07:57:01





CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL  
1042461333-275001

## BOLETA DE PAGO

**JUNIO - 2024**

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
<b>APELLIDOS</b> ALFEREZ CHALLO	<b>NOMBRES</b> CLAUDIO	<b>D.N.I</b> 42461333
<b>CENTRO DE TRABAJO</b> JOSE GALVEZ	<b>CARGO</b> PROFESOR	<b>TIPO SERVIDOR</b> Docente Nombrado
<b>RÉGIMEN LABORAL</b> Ley Nro 29944	<b>VÍNCULO LABORAL</b> INGRESO:01/03/2024 TÉRMINO:	<b>ENTIDAD BANCARIA</b> BCO. NACION
<b>LEYENDA PERMANENTE</b> NOMBRAMIENTO 2024	<b>DOC. DE REFERENCIA</b> RD0137-2023	<b>RÉGIMEN PENSIONARIO</b> Ley 19990
<b>JORNADA LABORAL</b> 30	<b>DÍAS/MENSUAL</b> 30	<b>ESCALA MAGISTERIAL</b> Escala 1
<b>SITUACIÓN</b> Habilitado	<b>NIVEL EDUCATIVO</b> EBR Nivel Secundaria	<b>CÓDIGO PLAZA NEXUS</b> 1113114376P6
<b>DÍAS DE INASISTENCIA</b> 0	<b>TARDANZA (HH:MM)</b> 00:00	<b>DÍAS DE LICENCIA</b> 0

CÓDIGO MODULAR IE  
0240192

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Horas Adic	S/ 206.70	DL19990 SNP	S/ 279.46
RIM_Ley 29944	S/ 3,100.50		
asgfro_lrm	S/ 100.00		

**TOTAL INGRESOS**

S/ 3,407.20

**TOTAL DESCUENTOS**

S/ 279.46



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

**TOTAL LÍQUIDO**

S/ 3,127.74

**AFECTO A CARGAS SOCIALES**

S/ 2,149.69

**MENSAJE**

Visite la página web del Ministerio de Educación: [www.gob.pe/minedu](http://www.gob.pe/minedu)



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