



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

Yunguyo, 07 de agosto del 2024.

OFICIO N° 0189-2024-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 Challos** Docente del Área de Matemática, quien solicita Licencia con goce de remuneraciones por el periodo de 08 días a partir del 05 al 12 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,



Prof. Juan Alemán Cruz
DIRECTOR

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 308	
OPICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
4F	08 AGO 2024
EXPEDIENTE N°	8082
HORA: 10:00	FIRMA: Juan



Colegio Emblemático
JEC

YUNGUYO



R.M. N° 026-86-BD.
(ANEXO 1)

Solicito licencia con goce
por salud.
1. SUMILLA

Dirección Regional de Educación - Puno
Oficina de Gestión Educativa Local - YUNGUYO
E.S. JOSÉ GALVEZ - YUNGUYO

Exp. 1156
07/08/24
95.00 Firma

(SELLO)

Sr. Director de la I.E. José Galvez		
2. DESTINATARIO		
Claudio Alferez Challo		
3. DATOS DEL USUARIO (Nombres y Apellidos)		
Docente		
4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO		
5. CÓDIGO MODULAR		6. DOCUMENTO y/o DNI.
Asoc. La Joya Mz 110 Lote 20-A	42461333	4933 203510
7. DOMICILIO DEL USUARIO	8. CELULAR	9. CORREO ELECTRÓNICO
		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 EsSalud del 05 de Agosto al 12 de Agosto del 2024		
11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:		
FUT		
Formulario		
CITT		
DNI		
Ultima boleta pago		
12. ANEXOS:	:	Yunguyo 05 de Agosto 2024
		13. LUGAR Y FECHA:
		14. FIRMA:

FORMATO: SOLICITUD DE LICENCIA

LEY N° 29944 (PERSONAL DOCENTE)

Descarga de formato: <http://www.ugeltacno.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 Huale 20-1 Distrito: G.A.L. Prov. Tarma
 Cargo: Docente Condición laboral: (X) Nombrado () Contratado
 UGEL/I.E.: Yunguyo / José Galvez Cargo: Docente
 Perteneces 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 05, 08, 2024 HASTA 12, 08, 2024

Adjunto:

CITT, Fot, DNI, Ultima boleta 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 05 de Agosto del 2024


 Firma y Huella Digital
 (solicitante)

Firma y sello del Director (a)

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

E.E. SS. 149 - EL III DANIEL ALCIDES CARRION

CITT No. **A-149-00024079-24**

Acto Médico: 2354394

Servicio: B61 NEUROCIRUGIA

Nombre Asegurado: ALFEREZ CHALLO CLAUDIO

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

Autogenerado: 8406131AECLC002

Tipo de Atención: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control

F. Prob. de Parto

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 05/08/2024

Fecha Fin: 12/08/2024

Total de Dias: 8

F. de Otorgamiento: 05/08/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 71

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante: MEDICO 24154
CAMPOS FLORES ALEJANDRO

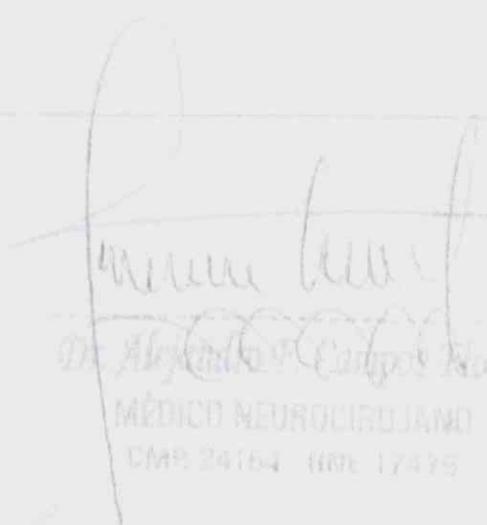
RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 92

Usuario: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha: 05/08/2024 Hora: 15:51:31



Dr. Alejandro P. Campos Flores
MÉDICO NEUROCIRUJANO
C.M.P. 24154 (RUC 17475)