



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

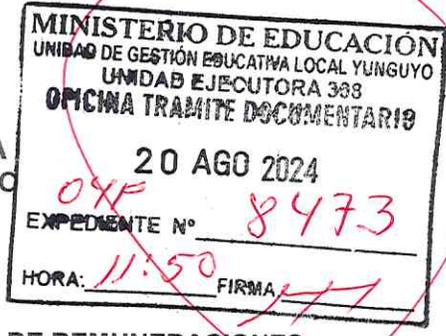


"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho".

Yunguyo, 20 de agosto del 2024.

OFICIO N° 0208-2024-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:

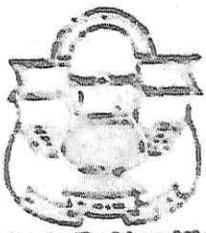
Es grato dirigirme a su autoridad, con la finalidad de manifestar que, la Dirección de la Institución Educativa Secundaria "José Gálvez" de nuestra Provincia de Yunguyo, recepcionó el expediente N° 01219 de parte del Profesor **Claudio Alférez Challo** Docente del Área de Matemática, quien solicita Licencia con goce de remuneraciones por el periodo de 08 días a partir del 19 al 26 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 Alejo Cruz
DNI. N° 01320047
DIRECTOR





Colegio Embalsamados JMG

YUNGUYO

R.M. N° 026-85-ED.
(ANEXO 1)

Solicito licencia con goce
por salud

Departamento Regional de Educación - Puno
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - YUNGUYO
I.E. JOSE GALVEZ - YUNGUYO

01219
20/08/24
9:06 Firma

(SELLO)

Sr. Director de la I.E. Jose Galvez

2. DESTINATARIO

Claudio Alferez Challe

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 Joya Mz 130 Lote 20-A

913 203510

claudio_junio33@hotmail.com

7. DOMICILIO DEL USUARIO

8. CELULAR

9. CORREO ELECTRÓNICO

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 19
de Agosto al 26 de Agosto del 2024

11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

Formulario

CITT

DNI

Ultima boleta

12. ANEXOS:

Yunguyo 19 de Agosto 2024

13. LUGAR Y FECHA:

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

DATOS DEL TRABAJADOR:

vo. Claudia Allérez Chalco Identificado con DNI: 42461333
Domiciliado en: Asoc La Joya H2 11c lote 20-A Distrito: G.I.L. Prov. Tacna
Cargo: Docente Condición laboral: (X) Nombrodo () Contratado
UGEL/E: Yunguyo / José Galvez Cargo: Docente
Pertenece al Nivel: Inicial () Primaria () Secundaria (X) EBA Avanzado () EBA Inicial Intermedio () CETPRO Celular: 943203510

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 19, 08, 2024 HASTA 26, 08, 2024

Adjunto:

Fuj, CITT, DNI, Última boleta

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 19 de Agosto del 2024

Firma y Huella Digital
(solicitante)



Firma y sello del Director (a)

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 149 - H.III DANIEL ALCIDES CARRION

CITT No. : **A-149-00025054-24**

Acto Medico: 2371860

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: 19/08/2024

Fecha Fin: 26/08/2024

Total de Dias: 8

F. de Otorgamiento: 19/08/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 85

No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 24154
CAMPOS FLORES ALEJANDRO

RUC: 20406267190

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

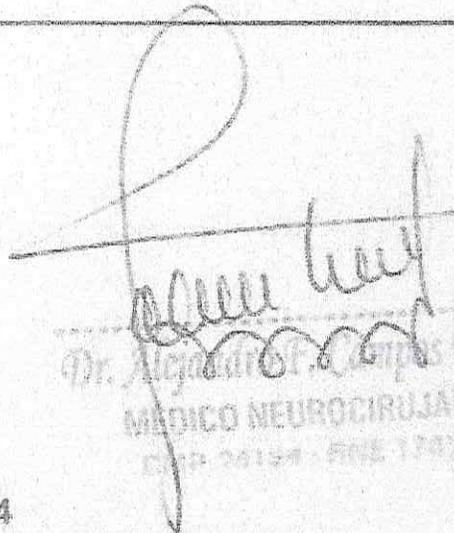
Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 106

Usuario: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha: 19/08/2024 Hora: 13:27:05

Usuario Impresión: CAMPOS FLORES ALEJANDRO FIDEL

Fecha de Impresión: 19/08/2024 13:27:10



Dr. Alejandro Campos Flores
MEDICO NEUROCIRUJANO
C.P. 24154 - FONE 17475