



PERÚ

Ministerio
de Educación

IESTI. ALTO ALIANZA - YUNGUYO
C. Modular de Institución: 1029784
C. Modular de Local Escolar: 467913



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

Yunguyo, 09 de junio de 2025.

OFICIO N° 049-2025-D-IESTIAA/Y.

SEÑOR : Mg. Luis Marino CALCINA TITO.
Director de la UGEL Yunguyo.

ASUNTO: Envío solicitud de Licencia con Goce de Remuneraciones del profesor Gonzalo José CHURA ARIAS, por motivos de salud.

=====

Es grato dirigirme a usted, con el propósito de evacuar a su despacho, el **PETITORIO DE LICENCIA CON GOCE DE REMUNERACIONES DEL PROFESOR GONZALO JOSÉ CHURA ARIAS DE LA ESPECIALIDAD DE CIENCIA Y TECNOLOGÍA, POR MOTIVOS DE SALUD**, EL PETICIONANTE PRESENTO OFICIALMENTE SU CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO EN LA FECHA 06-06-2025, CON VIGENCIA DESDE EL 03-06-2025 HASTA 17-06-2025 (15 DÍAS CONSECUTIVOS), AMPARADO EN EL DECRETO SUPREMO N° 004-2013-ED, ARTICULO 184, LITERAL A, B, C Y D RESPECTIVAMENTE. Finalmente, anexo al presente escrito **SOLICITUD DEL RECURRENTE** y el **CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO, EXPEDIDA POR ESSALUD – PUNO, FIRMADO POR el Dr. Balter TITO CASTELLANOS CPM 25852 RNE 12330, Jefe del Servicio de Cirugía General.**

Señor Director, solicito a su despacho para que se sirva tramitar de acuerdo a su naturaleza y con arreglo a Ley, lo formalizo el escrito amparándome en la Ley N° 27444, Artículo 117, incisos 117.1, 117.2 y 117.3, respectivamente.

Es propicia la oportunidad para expresar los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Lic. José D. COACQUIRA HERMOSA
DIRECTOR
DNI. 01315478

MINISTERIO DE EDUCACION	
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO	
UNIDAD EJECUTORA 308	
OFICINA TRAMITE DOCUMENTARIO	
F-3 09 JUN 2025	
EXPEDIENTE N°	5747
HORA: 10:56	FIRMA: [Firma]

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE
R.M. N° 0195-2005-ED

SOLICITO: LICENCIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL

1. SUMILLA

DIRECTOR DE LA IES. TECNICO INDUSTRIAL "ALTO ALIANZA" YUNGUYO

2. DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE
GONZALO JOSÉ CHURA ARIAS

3. DATOS DEL USUARIO (NOMBRES Y APELLIDOS)
PROFESOR POR HORAS

IES.TI "ALTO ALIANZA" YUNGUYO

4. CARGO ACTUAL Y CENTRO DE TRABAJO
01218369

10001218369

5. D.N.I.
900313198

6. CÓDIGO MODULAR
gcha2017@gmail.com

7. TELF / CEL
GALERIAS ARASAYA F-4

8. E - MAIL
YUNGUYO / YUNGUYO

9. DOMICILIO DEL USUARIO (AVDA., JIRÓN, CALLE, PASAJE, N°, URBANIZACIÓN, DISTRITO, PROVINCIA).

10. FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO.

Que, por motivos de incapacidad temporal para el trabajo y de requerir atención médica inmediata, solicito Licencia por Incapacidad Temporal desde el 03 de junio hasta el 17 de junio del presente como se consigna en el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo con CITT N° A-140-00113986-25 otorgado por ESSALUD. Para lo cual adjunto al presente.

POR TANTO: Agradezco de antemano su comprensión y espero que mi solicitud sea considerado favorable y por estar conforme a las normas legales vigentes.

11. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:
- Certificado de Incapacidad Temporal

Yunguyo, 05 de Junio del 2025

12. LUGAR Y FECHA:

13. FIRMA:

Gonzalo CHURA ARIAS
DNI. N° 01218369

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : **A-140-00013987-25**

Acto Medico: 2649005 - 3

Servicio: B41 CIRUGIA GENERAL

Nombre Asegurado: CHURA ARIAS GONZALO JOSE

Doc. de Identidad: D.N.I. 01218369

Autogenerado: 6509141CRAAG003

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 03/06/2025

Fecha Fin: 17/06/2025

Total de Dias: 15

F. de Otorgamiento: 05/06/2025

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 15

No Consecutivos: 0

PR.SS. Tratante MEDICO 25852
TITO CASTELLANOS BALTER

RUC: 20406267190

OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 15

Usuario: TITO CASTELLANOS BALTER LUPO

Fecha: 05/06/2025 Hora: 07:10:46