



DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION - PUNO  
UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL - EL COLLAO  
INSTITUCION EDUCATIVA PRIMARIA N° 71007 - "MARIANO ZEVALLOS GONZALES" - ILAVE  
COD. MODULAR - 0243915



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

Ilave, 02 de abril del 2024

**OFICIO N° 015-2024-MINEDU/DREP/UGELEC/D-IEP- 71007 "MZG"- ILAVE**

**A LA** Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO  
**DEL** DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO.  
PROF. ROMAN CASTILLO ROMERO.  
DIRECTOR DE LA IEP N° 71007 M.Z.G.  
**ASUNTO:** ELEVA PETICION DE DOCENTE DE LICENCIA CON GOCE DE  
HABER POR QUINCE DIAS (01 al 15 de abril 2024)

**REFERENCIA:** SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER DE POR  
MOTIVOS DE SALUD, DE LA DOCENTE MILAGROS YANETH COLCA FLORES.

Me dirijo a Ud. en calidad de Director de la Institución Educativa Primaria N° 71007 "Mariano Zevallos Gonzales", ubicada en el Jr. Ica N° 451, de esta ciudad de Ilave, Provincia de El Collao y Departamento de Puno; elevando a su despacho LA SOLICITUD DE LICENCIA CON GOCE DE HABER POR MOTIVOS DE SALUD, PRESENTADO POR LA DOCENTE MILAGROS YANETH COLCA FLORES, IDENTIFICADA CON DNI N° 41568977, a partir del 01 al 15 de abril del año 2024.

Todo ello conforme a la Ley de Reforma Magisterial, Ley 29944, artículo 41; Derechos, licencias, permisos, destakes, reasignaciones y permutas, de acuerdo a lo establecido en la presente ley y su reglamento.

Concordante también con la RVM N° 081-2023-MINEDU, Disposiciones para el procedimiento de las licencias, permisos y vacaciones de los profesores en el marco de la Ley de Reforma Magisterial, 5.1 Es el derecho que tiene el profesor para no asistir al centro de trabajo por uno o más días. Su tramitación se inicia en su centro laboral y culmina en la instancia superior (UGEL/DRE), formalizándose mediante resolución administrativa. Las licencias pueden ser: con goce de remuneraciones y sin goce de remuneraciones, 5.2. LICENCIA CON GOCE DE REMUNERACIONES, a) LICENCIA POR INCAPACIDAD TEMPORAL.

También en el presente documento se realiza la propuesta de **CONTRATO DOCENTE PARA EFECTOS DE PAGO, POR EL LAPSO DE QUINCE DIAS (01 al 15 de abril) A LA PROF. OLGA INCACUTIPA**, quien cumple los requisitos establecidos en la normatividad vigente para contrato docente 2024, estando la referida docente en el ranking de la PUN, de la UGEL El Collao.

Se adjunta al presente copia simple del expediente de la Prof. Olga Incacutipa Montalico.

Le expresamos nuestra más alta consideración y estima personal.

Atentamente,



*Roman Castillo Romero*  
Roman Castillo Romero  
DNI N° 01319384  
DIRECTOR

**"AÑO DEL BICENTENARIO DE LA CONSOLIDACION DE NUESTRA INDEPENDENCIA Y DE LA CONMEMORACION DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"**

Ilave, 02 de abril del 2024.

Of. N° 001-2024-DREP-UGEL-EC-IEPN° 71007"MZG"-MYCF-D2"B"

SEÑOR: PROF. ROMAN CASTILLO ROMERO.  
DIRECTOR DE LA IEP N° 71007 "MARIANO ZEVALLOS GONZALES" ILAVE

**ASUNTO: SOLICITA LICENCIA CON GOCE DE REMUNERACIONES POR SALUD.**

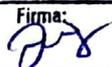
Es grato dirigirme a Ud. Con la finalidad de saludarlo y luego hacer de su conocimiento que mi persona ha sido intervenida quirúrgicamente el día de ayer en el establecimiento de salud de ESSALUD PUNO y cumpliendo la normativa de nuestro sector me permito SOLICITAR LICENCIA CON GOCE DE REMUNERACIONES POR MOTIVOS DE SALUD, ya que mi recuperación tomará algunos días y es menester tomar acciones para que mis estudiantes no se vean afectados en el desarrollo de los aprendizajes.

- El documento de sustento se alcanzará en cuanto ESSALUD lo provea.

Aprovecho la oportunidad para expresar a Ud. Las consideraciones y estima personal.

Atentamente

  
MILAGROS YANEHT COLCA FLORES  
DNI 41568977

MINISTERIO DE EDUCACIÓN I.E.P. N° 71007 MARIANO ZEVALLOS GONZALES MESA DE PARTES	
Fecha: 02 / 04 / 2024	
Hora: 7:50 am	
Folios: 02	Firma: 

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO  
CITT No. : A-140-00012313-24

Acto Medico: 1999963 - 2  
Servicio: B41 CIRUGIA GENERAL

Nombre Asegurado: COLCA FLORES MILAGROS YANEHT  
Doc. de Identidad: D.N.I. 41568977  
Autogenerado: 8207240CCFRM008

Tipo de Atencion: HOSPITALIZACION  
Contingencia: ENFERMEDAD COMUN  
Med. Control:  
F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 01/04/2024  
Fecha Fin: 15/04/2024  
Total de Dias: 15  
F. de Otorgamiento: 02/04/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 15  
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 37862  
ZENTENO ARCE ALONSO  
RUC: 20447873002

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 15

.....  
Dr. Alonso R. Zenteno Arce  
CIRUJANO GENERAL  
CMP: 37862 RNE: 35905  
ARESalud

Usuario: ZENTENO ARCE ALONSO RICARDO  
Fecha: 02/04/2024 Hora: 08:31:59

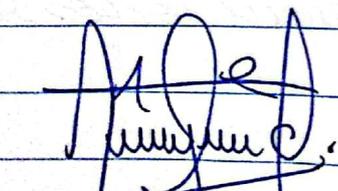
# ACTA DE PROPUESTA DE CONTRATO DOCENTE

En la Dirección de la Institución Educativa Primaria N° 71007 "Mariano Zavallos Gonzales" - Ilave, siendo ocho de la mañana del día dos de abril del año dos mil Veinte Cuatro, reunió el Director profesor Roman Castillo Romero, el Sub Director profesor Jorge Luis Romero Guillen y la profesora Olga Incacutipa Montalico, para hacer la propuesta de Contrato Docente.

PRIMERO.- El Director prof. Roman Castillo Romero da a conocer que ha recibido una solicitud de licencia con goce de salud por parte de la profesora Prilugris Yameth Coca Flores, en donde solicita la licencia a partir del 01/04/2024 al 15/04/2024, conforme al certificado de incapacidad temporal para el trabajo.

SEGUNDO.- Se le propone a la profesora Olga Incacutipa Montalico a partir del 01/04/2024 al 15/04/2024, para que se pueda hacerse cargo del aula del Segundo grado Sección "B" tal como corresponde, así mismo en donde cumple con los requeritos exigidos por parte del ministerio de educación y a la vez también se encuentra en lista del PON de contrato docente.

TERCERO.- Es así que se le propone al docente Olga Incacutipa Montalico, no habiendo más puntos que tratar. Se levanta la reunión a las 8:30am del mismo día del presente año dos mil Veinte Cuatro, y firmaron al pie de esta acta todos los presentes.

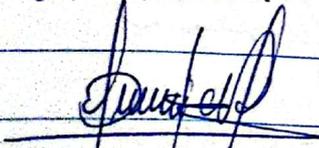
  
DNI: 416142391



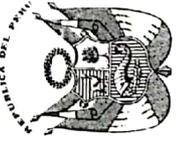
  
Roman Castillo Romero  
DNI N° 01319384  
DIRECTOR



  
Jorge Luis Romero Guillen  
DNI N° 01218249  
SUB DIRECTOR

  
DNI 80007137

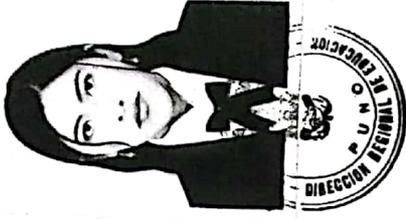




MINISTERIO DE EDUCACION

# A NOMBRE DE LA NACION

22104.P.DREP  
Nº 213527



POR CUANTO :

*El Ministro de Educación*

Ha conferido el TITULO de

PROFESORA DE EDUCACION PRIMARIA

A Doña **OLGA INCACUTIPA MONTALICO**

TITULADO (a) en EL INSTITUTO SUPERIOR PEDAGOGICO PUBLICO PUNO

POR TANTO :

Se expide el presente TITULO para que se le reconozca como tal.

Dado en PUNO, a los 15 del mes de Febrero de 2003



*Hugo Rosas Torrico*  
DIRECTOR DE LA INSTITUCION DE EDUCACION SUPERIOR

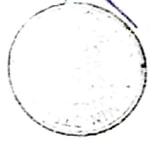
Prof. Hugo Rosas Torrico  
DIRECTOR GENERAL  
I.S.P. - PUNO  
C.M. 011582-52



*Jorge Luis Chocque Mamani*  
DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACION  
C.M. 0002412386  
PUNO

INTERESADO

*[Signature]*  
INTERESADO



SECRETARIA AGAC ENIGO  
SECRETARIA AGAC ENIGO  
SECRETARIA AGAC ENIGO  
C.M. 1001230047

15-03-2003

MINISTERIO DE EDUCACION

Dirección *Regional de Educación de Sucre*  
El Presente TITULO otorgado a Doña *Olga Incaantipa Montalvo*

Nacido en *Flora* (DISTRITO) *El Solano* (PROVINCIA) *Sucre* (DEPARTAMENTO)

el *09 de agosto de 1981* L.E./D.N.I. *41614239*

Queda inscrito en el Registro de *Títulos Pedagógicos*

con el N° *22.104.P.DREP* de la R.D. N° *9000-DREP/2003.09.17*



Abg. **JUAN SOTOMAYOR ALARCE**  
C. M. N° 03703473  
Téc. ~~Abg. Juan Sotomayor Alarce~~  
CERTIFICADOS / CTS Y BECS  
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION-PUNO

JEFE DE UNIDAD DE EQUIPO  
Prof. **FLORENCIA MADARIAGA ZAPANA**  
C.M. 08059589  
ESPECIALISTA ADMINISTRATIVO II  
Oficinas de Títulos Certificados, Actas y Becas  
Dirección Regional de Educación-Puno

IMPRESA DEL MINISTERIO DE EDUCACION

MINISTERIO DE EDUCACION  
DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO  
Instituto de Educación Superior Pedagógica Pública Puno  
Doy fe que es Copia Fiel del Original



*15-03-202X*

**ANEXO 8**

**DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN**

Yo, OLGA FUCACUTIPA MONTALICO.....  
 Identificado (a) con D.N.I. N° 41.614.239, con fecha de nacimiento 09/08/81 y  
 domicilio actual en IB. ALFONSO UGARTE..... correo electrónico ofucacutipa33@gmail.com y teléfono 966140230

**DECLARO BAJO JURAMENTO:**

No	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Cumplo con los requisitos de formación y específicos para la modalidad, nivel o ciclo y área curricular o campo de conocimiento a la que postulo, los mismos que se acreditan ante el comité.
No	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Tengo buena conducta.
No	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Gozo de buena salud física y mental que permita ejercer la docencia.
No	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Tengo menos de 65 años.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido sancionado administrativamente por falta muy grave, bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco (5) años.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con cese temporal en el cargo sin goce de remuneraciones desde treinta y un (31) días hasta doce (12) meses, en los últimos dos (2) años, previos a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con suspensión en el cargo hasta por treinta (30) días calendarios, en el último año, previo a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido sancionado administrativamente bajo cualquier marco normativo con amonestación, en los últimos seis (6) meses, previos a la inscripción al procedimiento al que postula.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuento únicamente con estudios de quinto de secundaria
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Estoy inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido condenado con sentencia firme por delito doloso.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido condenado por el delito de terrorismo, apología del terrorismo, delito contra la libertad sexual, delitos de corrupción de funcionarios o delitos de tráfico de drogas.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	He sido condenado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988 y la Ley N° 30794.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Estoy comprendido en los delitos detallados en el artículo 2 de la Ley N° 30901.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Tengo medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.
<input checked="" type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si	Cuento con una jornada laboral a tiempo completo en alguna otra institución pública o privada, que afecte la jornada laboral de la plaza que adjudica
No	<input checked="" type="checkbox"/> Si	La veracidad de la información y de la documentación que adjunto en copia simple

**Adicionalmente, solo para quien postula a IE ubicadas en zona de frontera**

<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Si	Soy peruano de nacimiento
-------------------------------------	--	---------------------------

Doy a conocer y autorizo<sup>1</sup> al Jefe de personal, al comité o al director/a de la IE, a ser notificado/a a través del correo electrónico y teléfono señalado en la presente, del resultado de la evaluación o la propuesta para acceder a una plaza de contrato docente.

Firmo la presente declaración de conformidad y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de JAUPE a los 10 días del mes de ABRIL del 2024

  
 .....  
 (Firma)  
 DNI: 41.614.239.....



(Huella dactilar índice derecho)

<sup>1</sup> Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos, Título I artículo 5 Principio de consentimiento

**ANEXO 9**  
**DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO, (REDERECEI), (REDAM), (RNSSC) y DELITO DOLOSO.**

Yo, OLGA INCACUTIPA MONTALICO  
Identificado (a) con D.N.I. N° 41614239 y domicilio actual  
en JR. ALFONSO UGARTE N° 233 - ILAUE  
**DECLARO BAJO JURAMENTO** lo siguiente:

<del>NO</del>	SI	Estoy inscrito/a en el registro de deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del estado (REDERECEI)
<del>NO</del>	SI	Estar Inscrito/a en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)
<del>NO</del>	SI	Cuento con inhabilitación o suspensión vigente, administrativa o judicial inscrita o no en el registro nacional de sanciones contra servidores civiles (RNSSC)
<del>NO</del>	SI	Tengo condena por delito doloso y/o con sentencia firme

Firmo la presente declaración de conformidad con lo establecido en el TUO de la LPAG, y en caso de resultar falsa la información que proporciono, me sujeto a los alcances de lo establecido en el TUO de la LPAG, el Decreto Legislativo N° 1367 y otras normas legales convexas, autorizando a efectuar la comprobación de la veracidad de la información declarada en el presente documento.

Dado en la ciudad de ILAUE a los 10 días del mes de ABRIL del 2024



(Firma)  
DNI: 41614239



Huella dactilar  
(Índice derecho)

ANEXO 10

DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTISMO

Yo, OLGA INCA CUTIPA MONTALICO  
Identificado (a) con D.N.I. N° 41614239 y domicilio actual  
en TR. ALFONSO UGARTE.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

NO  SI

Tengo parentesco hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad, vínculo conyugal, de convivencia o unión de hecho con funcionarios o directivos de la UGEL o miembros del Comité.

En el caso de haber marcado como SI, señale lo siguiente.

Nombre completo de la persona con la que es pariente o tiene vínculo de afinidad, conyugal, de convivencia o unión de hecho, en la entidad.	
Cargo que ocupa	
El grado de parentesco	

Por lo que suscribo la presente en honor a la verdad.

Dado en la ciudad de ILAVE a los 10 días del mes de ABRIL del 2024.

  
(Firma)  
DNI: 41614239



Huella dactilar  
(Índice derecho)

ANEXO 11

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCIÓN EN EL ESTADO

Yo, OLGA INCACUTIPA MONTALICO  
identificado con DNI N° 41614239 con dirección  
domiciliaria: JR. ALFONSO UGARTE N° 233 en el  
Distrito: JLAUE Provincia: EL COLLAO Departamento: PUNO

DECLARO BAJO JURAMENTO:

Tengo conocimiento que ningún funcionario o servidor público puede desempeñar más de un empleo o cargo público remunerado, (\*con excepción de uno más por función docente, de acuerdo a lo señalado en la segunda disposición complementaria final de la presente norma).

NO  SI

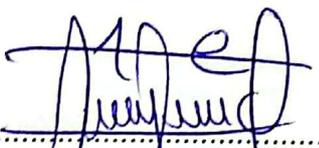
NO  SI Percibo otra remuneración a cargo del Estado

En el caso de haber marcado como SI, señale lo siguiente.

Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupará:	
Condición Laboral:	( ) Nombrado ( ) Contratado
Horario Laboral:	
Dirección de la institución:	

(NO) (SI) Tengo incompatibilidad de distancia y con el horario de trabajo de dicho vínculo laboral.

Dado en la ciudad de JLAUE a los 10 días del mes de ABRIL del 2024

  
Firma  
DNI 41614239



Huella dactilar  
(Índice derecho)

\*Art. 40° de la Constitución Política del Perú y artículo 3 de la Ley N° 28175 Ley Marco del Empleo Público.  
La información contenida en la presente declaración jurada será sujeto de control posterior a cargo de la UGEL, a fin de corroborar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

ANEXO 12

DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES – LEY N° 28991<sup>1</sup>

Yo, OLGA INCACUTIPA MONTALICO  
identificado con DNI N° 41614239.

DECLARO BAJO JURAMENTO:

(SI) me encuentro afiliado(a) al siguiente Sistema Pensionario:

<input checked="" type="checkbox"/> SNP (Sistema Nacional de Pensiones)	<input type="checkbox"/> SPP (Sistema Privado de Pensiones)
	Integra <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/>
	Hábitat <input type="checkbox"/> Prima <input type="checkbox"/>

CUSPP:  
Fecha Afiliación:

No estar afiliado a ningún sistema de pensiones y voluntariamente deseo afiliarme al:

- Sistema Nacional de Pensiones (ONP)  
 Sistema Privado de Pensiones (AFP)

Dado en la ciudad de SLAVE a los 10 días del mes de ABRIL del 2024.

  
.....  
Firma  
DNI 41614239.



Huella dactilar  
(Índice derecho)

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, la información que consigno en el presente documento es real y veraz, en caso de detectarse fraude o falsedad, me someteré a la sanción que establece la Ley.

<sup>1</sup> (Artículo RT. 16) del Decreto Supremo N°, D.S 009-2008-TR y , Decreto Supremo N°.S 063-2007-EF