

COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

Resolución Ministerial N° 318-2010-ED
Jr. Santa Bárbara N° 420; Teléfono 505513 / 335784



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

Ilave, 18 de abril del 2024

OFICIO N° 046-2024-D.EIES"NSC"1

SEÑORA : DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO
(Oficina de personal)

ASUNTO : CONTRATO DOCENTE DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN A FAVOR DEL PROFESOR YZASY LEON MAMANI LLANQUI, PARA EFECTOS DE PAGO, DOCENTE CONTRATADO DE LA EMBLEMÁTICA IES "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" ILAVE.

REFERENCIA : DS N° 001-2024-MINEDU
LEY N° 30328

Es grato de dirigirme usted, con la finalidad de alcanzarle la propuesta de contrato docente del área de Comunicación, a favor del profesor **YZASY LEON MAMANI LLANQUI**, con DNI N° 42094781, docente de la especialidad de **Comunicación**, para efectos de pago (con autorización del CONEI de la IE), a partir del 15 de marzo al 18 de abril del 2024; por la causal de licencia por salud de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari; en tal sentido se eleva los actuados a la oficina de personal de la UGEL El Collao, para su trámite administrativo, entendiéndose que es Licencia sin goce, puesto no adjunta CITTs, sólo constancias médicos.

Sin otro particular, es propicia de la oportunidad para expresarle mi estima personal.

Atentamente,




Prof. GREGORIO J. QUISPE LLANO
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"



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

Ilave, 08 de abril del 2024

OFICIO N° 037-2024-D.EIES"NSC"1

SEÑORA : DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO
(Oficina de personal)

ASUNTO : CONTRATO DOCENTE DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN A FAVOR DEL PROFESOR YZASY LEON MAMANI LLANQUI, PARA EFECTOS DE PAGO, DOCENTE CONTRATADO DE LA EMBLEMÁTICA IES "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" ILAVE.

REFERENCIA : DS N° 001-2024-MINEDU
LEY N° 30328

Es grato de dirigirme usted, con la finalidad de alcanzarle la propuesta de contrato docente del área de Comunicación, a favor del profesor **YZASY LEON MAMANI LLANQUI**, con DNI N° 42094781, docente de la especialidad de **Comunicación**, para efectos de pago (con autorización del CONEI de la IE), a partir del 15 de marzo al 18 de abril del 2024; por la causal de licencia por salud de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari; en tal sentido se eleva los actuados a la oficina de personal de la UGEL El Collao, para su trámite administrativo, entendiéndose que es Licencia sin goce, puesto no adjunta CITTs, sólo constancias médicos.

Sin otro particular, es propicia de la oportunidad para expresarle mi estima personal.

Atentamente,




Prof. GREGORIO J. QUISPE LLAND
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

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

DECRETO ADMINISTRATIVO N° 004-2024-DEIES"NSC" I

VISTO: Los expedientes N° 565 de fecha 07 de marzo 2024, Expediente N° 712 de fecha 26 de marzo 2024, Expediente N° 805 de fecha 08 de abril 2024 presentado por la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expedientes administrativos de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen" de Ilave, solicita licencia por salud, a partir del 06 de marzo al 20 de marzo del 2024, del 20 de marzo al 03 de abril del 2024, del 04 de abril al 18 de abril 2024 en mérito a constancias médicos, que se adjunta al presente.

Que, según el artículo 71 de la reforma magisterial Ley N° 29944, señala el trámite de la licencia se inicia en la institución educativa y concluye en las instancias superiores correspondientes; por lo que,

SE DECRETA:

PRIMERO.- Conceder licencia por salud a favor de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen", a partir del 06 de marzo al 18 de abril del 2024, previa evaluación de la UGEL El Collao.

SEGUNDO.- Notificar y elevar a la instancia superior de la Oficina de Personal de la UGEL El Collao, para su conocimiento y trámite administrativo.

Ilave, 08 de abril del 2024




Prof. GREGORIO J. QUISPE LLANO
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

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

Ilave, 15 de marzo del 2024

OFICIO N° 018-2024-D.EIES"NSC"1

SEÑORA : DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO
(Oficina de personal)

ASUNTO : CONTRATO DOCENTE DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN A FAVOR DEL PROFESOR YZASY LEON MAMANI LLANQUI, PARA EFECTOS DE PAGO, DOCENTE CONTRATADO DE LA EMBLEMÁTICA IES "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" ILAVE.

REFERENCIA : DS N° 001-2024-MINEDU
LEY N° 30328

Es grato de dirigirme usted, con la finalidad de alcanzarle la propuesta de contrato docente del área de Comunicación, a favor del profesor **YZASY LEON MAMANI LLANQUI**, con DNI N° 42094781, docente de la especialidad de **Comunicación**, para efectos de pago (con autorización del CONEI de la IE), a partir del 15 de marzo al 20 de marzo del 2024; por la causal de licencia con goce de haber por salud de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari; en tal sentido se eleva los actuados a la oficina de personal de la UGEL El Collao, para su trámite administrativo.

Sin otro particular, es propicia de la oportunidad para expresarle mi estima personal.

Atentamente,




Prof. GREGORIO J. QUISPE LLANO
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

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

DECRETO ADMINISTRATIVO N° 002-2024-DEIES"NSC"1

VISTO: El expediente N° 565 de fecha 07 de marzo 2024, presentado por la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, y;

CONSIDERANDO:

Que, mediante expediente administrativo de la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen" de Ilave, solicita licencia por salud, a partir del 06 de marzo al 20 de marzo del 2024, en mérito a una constancia médico.

Que, según el artículo 71 de la reforma magisterial Ley N° 29944, señala el trámite de la licencia se inicia en la institución educativa y concluye en las instancias superiores correspondientes; por lo que,

SE DECRETA:

PRIMERO.- Conceder licencia con goce de haber a la profesora Gladis Cecilia Alfaro Pari, docente de la IES "Nuestra Señora del Carmen", a partir del 06 de marzo al 20 de marzo del 2024.

SEGUNDO.- Notificar y elevar a la instancia superior de la Oficina de Personal de la UGEL El Collao, para su conocimiento y trámite administrativo.

Ilave, 12 de marzo del 2024




Prof. GREGORIO J. QUISPE LLANO
DIRECTOR
EMBLEMÁTICO I.E.S.
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"

Solicito: Solicita Licencia por Motivos de Salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA IES “NUESTRA SRA DEL CARMEN”

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
I.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"	
ILAVE	
RECEPCIÓN	
FECHA INGRESO:	11.05 2024
Nº REGISTRO:	07 MAR 565
FOLIOS:	03
FIRMA:	1

Yo, GLADIS ALFARO PARI, Identificado con DNI 01783071, con domicilio en el Jr. Arica N°558 de la ciudad de Ilave – Puno, ante Usted con el debido respeto digo.

Que, siendo de mi necesidad de solicitar Licencia por motivos de Salud al encontrarme actualmente recibiendo tratamiento en la ciudad de Lima, en el Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber “es que solicito a su dirección se me otorge el permiso a partir del día 06 Marzo 2024 al 20 de Marzo 2024 al encontrarme aun en tratamiento y Rehabilitación física. Adjunto copia de constancia medica la cual será regularizada posteriormente.

Por lo Expuesto:

Esperando acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno ,07 de Marzo del 2024.



GLADIS ALFARO PARI
DNI 01783071



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"Cdr Luis Arias Schreiber"

Grado/Arma o Servicio:
Unidad:
CIP: 306715721
DNI: 01783071
Historia Clínica:
Teléfono: (1)

CONSTANCIA MEDICA

CONSTANCIA ESTOMATOLOGICA (2)

El Médico que suscribe, deja CONSTANCIA que: (3)

de 63 años de edad, ha sido atendido(a) en (4) Med Fijca Rehab
el día 06-03-24 por presentar

cuadro Clínico Compatible con (5)

- Secuela quemadura III en miembros
- Secuela quemadura II en manos.

habiéndose prescrito, (6)

Descanso medico por 15 días
desde 06 marzo hasta 20 marzo 24

Motivo del documento (7)

Tramite documental

Nombre del establecimiento y Código de IPRESS (8)

HMC

Nombre y Grado del profesional de la salud tratante (9)

Juan Bravo Jr.

Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante (10)

12311100

Número de CMP o COP y RNE del profesional de la salud tratante (11)

39097

Dirección del domicilio donde cumplirá el descanso médico (12)

Si considera necesario, definir las actividades a realizar según diagnóstico (13)

Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico (14)

Expedido por regularización (15)

Sylvia H. Espejo
O-23773768 - B+
SILVIA HIRANO ESPEJO
CIL SAN MED
Dir. DEPTO DE APOYO DEL VTTO
1^o del Jefe del
Departamento

Juan M. Bravo
12311100
Firma y Sello del Médico
Juan M. Bravo Magrovejo
MY SAN MED
VICIO
SERVICIO MEDICINA REHABILITACION
CMP: 39097 / RNE: 26642

Juan M. Bravo
12311100
Firma y Sello del Médico
Juan M. Bravo Magrovejo
MY SAN MED
VICIO
SERVICIO MEDICINA REHABILITACION
CMP: 39097 / RNE: 26642

Indicar en:

- (1) Grado/Arma o Servicio, unidad, número administrativo, DNI, teléfono.
- (2) Para su oficialización, marca Certificado Médico o Odontológico.
- (3) Nombres, Apellidos y edad.
- (4) Dpto. consultorio o unidad de hospitalización donde se realizó la atención médica.
- (5) Con letra de Imprenta y en forma clara, la presunción diagnóstica o el diagnóstico con CIE 10 y en caso de constancia de buena salud, solamente indicar "En la fecha goza de buena salud.
- (6) En forma precisa el número de días de descanso (absoluto o relativo) con fecha de inicio y termino y si fuera necesario la Hospitalización.
- (7) Indicar el motivo en forma clara y precisa.
- (8) En caso de regularizar o convalidar, colocar el establecimiento de salud pública o privada y código de IPRESS.
- (9) Nombre y grado del profesional de la salud tratante.
- (10) Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante.
- (11) Número de CMP / COP y RNE del profesional de la salud tratante.
- (12) Dirección del domicilio donde se cumplirá el Descanso Médico.
- (13) Si considera necesario, definir las actividades a realizar según el diagnóstico.
- (14) Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico.
- (15) Expedido por regularización.
- (16) Fecha de expedición.

Nota:

- CIP: Carné de Identidad Personal
- DNI: Documento Nacional de Identidad
- CMP: Colegio Médico del Perú
- COP: Colegio Odontológico del Perú
- RNE: Registro Nacional de Especialista
- IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

- * La constancia se realizara En 04 Copias
- 1.- Registros Médicos (HH CC)
- 2.- Dirección Médica (Secc Partaje Médico)
- 3.- Departamento
- 4.- Servicio



Resolución Ministerial N° 318-2010-ED
Jr. Santa Bárbara N° 420; Teléfono 505513 / 335784

N° 003323

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE
RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0249-95-ED

SOLICITA: REEMPLAZAR TEMPORALMENTE
A LA DOCENTE DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

MAMANI LANQUI YZASY LEON

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

Centro de Trabajo

42094781
D.N.I.

Jr. Alfonso Ugarte N° 651
Domicilio del Usuario (Avenida, Jirón, Calle, Urbanización Distrito, Provincia)

Fundamento del Pedido: Que teniendo conocimiento sobre la ausencia
temporal de la docente del área de comunicación Prof:
Gladys Alfaro Parí que por motivos de salud está con
licencia temporal por consiguiente solicito a su
distinguida persona cubrir la plaza en mención hasta
nueva disposición.

Saludarlo cordialmente. Sin otro particular hago propicio

Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos: Título, DNI, anexos

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor Director acceder mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Ilave, 15 de

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"
ILAVE
RECEPCIÓN
FECHA INGRESO 15 MAR 2024
N° REGISTRO: 677
MAR 2024

[Signature]
FIRMA DEL SOLICITANTE

P-
003447-P-DREP.
Nº 009160

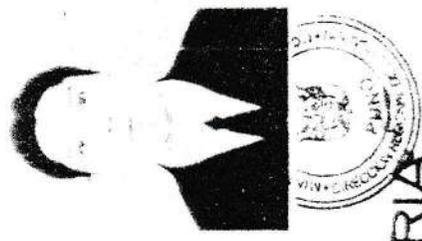


MINISTERIO DE EDUCACIÓN

A NOMBRE DE LA NACIÓN

POR CUANTO:

El Ministro de Educación



Ha conferido el TÍTULO de

**PROFESOR DE EDUCACION SECUNDARIA
ESPECIALIDAD: COMUNICACION**
A Don(ña) **YZASY LEON MAMANI LLANQUI**

TITULADO (A) en EL INSTITUTO SUPERIOR PEDAGOGICO PRIVADO "SIMON BOLIVAR" DE ILAVE

POR TANTO:

Se expide el presente TÍTULO para que se le reconozca como tal

Dado en Lugar a los 06 días del mes de Diciembre de 2007



DIRECTOR DE LA INSTITUCION
DE EDUCACION SUPERIOR

Ugo Leonel Favre de Leon
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
C. M. 1002152712



POR EL MINISTRO DE EDUCACION

DR. NESTOR PAREDES LÓPEZ

DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACION

[Signature]
PRESIDENTE

97...

925

38.11.03



Ministerio de Educación
República de Chile

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Dirección: Regional de Educación de Puerto
La Cruz de La Cruz de La Cruz
La Cruz de La Cruz de La Cruz

Nació en La Cruz La Cruz La Cruz
 (DISTRITO) (PROVINCIA) (DEPARTAMENTO)

el 21 de Mayo de 1982. DNI 92091781

Queda inscrito en el Registro de Escuelas Pedagógicas

con el N° 0033197-P-DREP de conformidad con la R.D. N° 1423 DREP.



JEFE DE UNIDAD DE LA UNIDAD

(Firma)

TÉCNICO

(Firma)

**ANEXO 8
DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN**

Yo, Yzasy Leon Mamani Ukmaqui
 Identificado (a) con D.N.I. N° 42094781, con fecha de nacimiento 21.03.82 y
 domicilio actual en San Alfonso Ugarite MGBI correo
 electrónico Yzasy007@gmail.com y teléfono 966859310

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si Cumpló 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.
No	<input type="checkbox"/>	Si He sido sancionado administrativamente por falta muy grave, bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco (5) años.
No	<input checked="" 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.
No	<input checked="" 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.
No	<input checked="" 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.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si Cuento únicamente con estudios de quinto de secundaria
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si Estoy inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si He sido condenado con sentencia firme por delito doloso.
No	<input checked="" 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.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si He sido condenado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988 y/o la Ley N° 30794.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si He sido condenado por delito contemplado en el artículo 2 de la Ley N° 30901.
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si Tengo medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.
No	<input checked="" 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		
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si Soy peruano de nacimiento

La especialidad de mis estudios superiores con el que postulo es:

...formación docente...

Doy a conocer y autorizo¹ al Jefe de personal, al comité o al director/a de la IE, a ser notificado/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 Ilave a los 11 días del mes de Marzo del 2024



(Firma)
DNI: 42094781



(Huella dactilar índice derecho)

¹ Ley N° 29733 Ley de Protección de Datos, Título I artículo 5 Principio de consentimiento

ANEXO 10
DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO

Yo, Yzasy Leon Mamani Hancu
Identificado (a) con D.N.I. N° 42094781 y
domicilio actual en Jr. Alfonso Ugarte N° 651

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No <input checked="" type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	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 11 días del mes de Marzo del 2024



(Firma)

DNI: 42094781



Huella dactilar

(Índice derecho)

ANEXO 11

DECLARACIÓN JURADA DE DOBLE PERCEPCION EN EL ESTADO

Yo, yzasy Leon Mamari Llanqui.....
 identificado con DNI N° 42094781..... con dirección domiciliaria:.....
Jr. Alfonso Ugarte # 651..... en el Distrito: Ilave. Provincia:
El Collao... Departamento: Puno.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	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 con lo señalado en la segunda disposición complementaria final de la presente norma).
No	<input checked="" type="checkbox"/>	Si	Percibo otra remuneración a cargo del Estado, en la siguiente institución educativa:

Nombre de la Institución por la que percibe o percibirá remuneración a cargo del Estado:	
Cargo que ocupa/rá:	
Condición Laboral:	<input type="checkbox"/> Nombrado <input type="checkbox"/> 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 Ilave..... a los 15 días del mes de Marzo del 20.. 24



Firma DNI 42094781



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 verificar la inexistencia de incompatibilidad horaria ni de distancia.

ANEXO 12

DECLARACIÓN JURADA DE ELECCIÓN DE SISTEMA DE PENSIONES –
LEY N° 28991¹

Yo, Yzasy Leon Mamani Llanqui
.....
..... identificado con DNI N° 4.2094781.....

DECLARO BAJO JURAMENTO:

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

<input checked="" type="checkbox"/> SNP (Sistema Nacional de Pensiones)	<input type="checkbox"/> AFP (Sistema privado de pensiones)
	Integra <input type="checkbox"/> Profuturo <input type="checkbox"/>
	Habitad <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 Ilave a los 15 días del mes de Marzo del 2024

[Firma]
.....
Firma
DNI



Huella dactilar
(Índice derecho)

Declaro tener conocimiento de los alcances, del TUO de la LPAG, asimismo, declaro que 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.

¹ Artículo 16 de la Ley N° 28891, Ley de Libre Desafiliación Informada, Decreto Supremo N° 009-2008-TR y Decreto Supremo N° 063-2007-EF.

Solicito: Solicita Licencia por Motivos de Salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA IES "NUESTRA SRA DEL CARMEN"

Yo, GLADIS ALFARO PARI, Identificado con DNI 01783071, con domicilio en el Jr. Arica N°558 de la ciudad de Ilave – Puno, ante Usted con el debido respeto digo.

Que, siendo de mi necesidad de solicitar Licencia por motivos de Salud al encontrarme actualmente recibiendo tratamiento en la ciudad de Lima, en el Hospital Militar Central "Crl. Luis Arias 20 Marzo 2024 al 03 de Abril 2024 al encontrarme aun en tratamiento y Rehabilitación física. Adjunto copia de constancia medica la cual será regularizada posteriormente.

Por lo Expuesto:

Esperando acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno ,25 de Marzo del 2024.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
I.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"	
ILAVE	
RECEPCIÓN	
FECHA INGRESO:	26 MAR 2024
Nº REGISTRO:	712
FOLIOS:	03
FIRMA:	



GLADIS ALFARO PARI
DNI 01783071



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"Cnl Luis Arias Schreiber"

Unidad: 306 715 721
CIP:
DNI: 01783071
Historia Clínica:
Teléfono: (1)

CONSTANCIA MEDICA

CONSTANCIA ESTOMATOLOGICA (2)

El Médico que suscribe, deja CONSTANCIA que: (3)

de Alfaro Van Gladis Cecilia
de 63 años de edad, ha sido atendido(a) en (4) Med Fines Reus
el día 20/03/24 por presentar

curso Clínico Compatible con (5)

Guaradere II° manos
III° m. muñecas
II Cara.

habiéndose prescrito, (6)

Descanso medico por 15
días (inicio 20 marzo, culmina 3 Abril 24)

Motivo del documento (7)

Tránsito de actividad

Nombre del establecimiento y Código de IPRESS (8)

HMC

Nombre y Grado del profesional de la salud tratante (9)

Dravo Rogelio Luc

Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante (10)

12311100

Número de CMP o COP y RNE del profesional de la salud tratante (11)

38097

Dirección del domicilio donde cumplirá el descanso médico (12)

Si considera necesario, definir las actividades a realizar según diagnóstico (13)

Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico (14)

Expedido por regularización (15)

Jesús María (16) ²⁰ de ^{Noviembre} del 20 ²¹

[Signature]
C-1277746-B+
SILVIA HIRANO ESPEJO
DEL SAN MED
JEFE DEL DPTO DE APOYO DEL TTTD
Y B del Jefe del
Departamento

[Signature]
Firma y Sello del Jefe
C-1277746-B+
Juan M. Bravo Mogrovejo
My San Médico
Servicio Medicina Rehabilitación
CMP. 39097 - RNE. 26642
DNI. 21540151

[Signature]
Firma y Sello del Médico
C-1277746-B+
Juan M. Bravo Mogrovejo
My San Médico
Servicio Medicina Rehabilitación
CMP. 39097 - RNE. 26642
DNI. 21540151

Indicar en:

- (1) Grado/Arma o Servicio, unidad, número administrativo, DNI teléfono.
- (2) Para su oficialización, marca Certificado Médico o Odontológico.
- (3) Nombres, Apellidos y edad.
- (4) Dpto. consultorio o unidad de hospitalización donde se realizó la atención médica.
- (5) Con letra de Imprenta y en forma clara, la presunción diagnóstica o el diagnóstico con CIE 10 y en caso de constancia de buena salud, solamente indicar "En la fecha goza de buena salud.
- (6) En forma precisa el número de días de descanso (absoluto o relativo) con fecha de inicio y termino y si fuera necesario la Hospitalización.
- (7) Indicar el motivo en forma clara y precisa.
- (8) En caso de regularizar o convalidar, colocar el establecimiento de salud pública o privada y código de IPRESS.
- (9) Nombre y grado del profesional de la salud tratante.
- (10) Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante.
- (11) Número de CMP / COP y RNE del profesional de la salud tratante.
- (12) Dirección del domicilio donde se cumplirá el Descanso Médico.
- (13) Si considera necesario, definir las actividades a realizar según el diagnóstico.
- (14) Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dura el descanso médico.
- (15) Expedido por regularización.
- (16) Fecha de expedición.

Nota:

- CIP: Carné de Identidad Personal
- DNI: Documento Nacional de Identidad
- CMP: Colegio Médico del Perú
- COP: Colegio Odontológico del Perú
- RNE: Registro Nacional de Especialista
- IPRESS: Institución Proveedor de Servicios de Salud

* La constancia se realizara En 04 Copias

- 1.- Registros Médicos (HH CC)
- 2.- Dirección Médica (Secc Peritaje Médico)
- 3.- Departamento



PERÚ

Ministerio de Educación

COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

Resolución Ministerial N° 318-2010-ED
Jr. Santa Bárbara N° 420; Teléfono 505513 / 335784



N° 003355

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0249-95-ED

SOLICITA: REEMPLAZAR TEMPORALMENTE
A DOCENTE DE COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

MAMANI LLANQUI YZASY LEON

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

Centro de Trabajo

42094781

D.N.I.

Jr. Alfonso Ugarte N° 651

Domicilio del Usuario (Avenida, Jirón, Calle, Urbanización Distrito, Provincia)

Fundamento del Pedido: Que, teniendo conocimiento sobre la ausencia temporal de la docente del área de comunicación desde el 20 de marzo hasta el 03 de Abril Prof: Gladys Alfaro Pani, quien está mal de salud y con licencia temporal, solicito a su persona cubrir mencionada plaza hasta nueva disposición con el propósito del desarrollo normal de las actividades académicas de los estudiantes de la institución que usted dirige.

Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos: Título, DNI, anexos

MINISTERIO DE EDUCACIÓN	
C.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"	
ILAVE	
RECEPCIÓN	
FECHA INGRESO:	<u>19 MAR 2024</u>
N° REGISTRO:	<u>691</u>
FOLIOS:	<u>09</u> FIRMA:

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor Director acceder mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Ilave, 19 de Marzo del 2024

FIRMA DEL SOLICITANTE

Solicito: Solicita Licencia por Motivos de Salud.

SEÑOR DIRECTOR DE LA IES “NUESTRA SRA DEL CARMEN”

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
I.E.S. EMBLEMÁTICA "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN"
ILAVE
RECEPCIÓN
FECHA INGRESO: 08 ABR 2024
N° REGISTRO: 825
DÍAS: 23 FIRMA: [Firma]

Yo, GLADIS ALFARO PARI, Identificado con DNI 01783071, con domicilio en el Jr. Arica N°558 de la ciudad de Ilave – Puno, ante Usted con el debido respeto digo.

Que, siendo de mi necesidad de solicitar Licencia por motivos de Salud al encontrarme actualmente recibiendo tratamiento en la ciudad de Lima, en el Hospital Militar Central “Crl. Luis Arias Schreiber” es que solicito los siguientes días 04 de Abril 2024 al 18 de Abril 2024 al encontrarme aun en tratamiento y Rehabilitación física. Adjunto copia de constancia medica la cual será regularizada posteriormente.

Por lo Expuesto:

Esperando acceder a mi solicitud por ser justa y legal.

Puno ,05 de Abril del 2024.



GLADIS ALFARO PARI
DNI 01783071



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"Cdr Luis Arias Schreiber"

Unidad: 306 715 721
CIP: 01783071
DNI: 01783071
Historia Clínica: (1)
Teléfono: (1)

CONSTANCIA MEDICA CONSTANCIA ESTOMATOLOGICA (2)

El Médico que suscribe, deja CONSTANCIA que: (3)
de 63 años de edad, ha sido atendido(a) en (4) Med Ficca Reliabs
el día 3.4.24 por presentar

cuadro Clínico Compatible con (5) Secuela de:
- Quemadura Cara I
- Quemadura III° manos Bilateral
- Quemadura III° m. superior.

habiéndose prescrito, (6) Descanso médico por 15 días
Motivo del documento (7) Inicio 4 Abril al 18 Abril 2024
Tramite Documentacion

Nombre del establecimiento y Código de IPRESS (8) HMC

Nombre y Grado del profesional de la salud tratante (9) Bravo Hognowyo

Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante (10) 12341100

Número de CMP o COP y RNE del profesional de la salud tratante (11) 38097

Dirección del domicilio donde cumplirá el descanso médico (12)

Si considera necesario, definir las actividades a realizar según diagnóstico (13)

Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico (14)

Expedido por regularización (15)

Jesús María (16) de Abril del 20 24.

SILVIA MIRANO ESPEJO
DEL SAN MED
EPE DEL DPTO DE APOTO DE YTO

VºBº del Jefe del
Departamento

9260209749
MARTIN E. VASQUEZ
TTE CAL EP
SERVICIO MEDICINA DE REHABILITACION
CMP 44762 RNE 33175

123111100
SERVICIO MEDICINA REHABILITACION
CMP: 39097 / RNE: 26642

Indicar en:

- (1) Grado/Arma o Servicio, unidad, número administrativo, DNI, teléfono.
- (2) Para su oficialización, marca Certificado Médico o Odontológico.
- (3) Nombres, Apellidos y edad.
- (4) Dpto. consultorio o unidad de hospitalización donde se realizó la atención médica.
- (5) Con letra de imprenta y en forma clara, la presunción diagnóstica o el diagnóstico con CIE 10 y en caso de constancia de buena salud, solamente indicar "En la fecha goza de buena salud.
- (6) En forma precisa el número de días de descanso (absoluto o relativo) con fecha de inicio y término y si fuera necesario la Hospitalización.
- (7) Indicar el motivo en forma clara y precisa.
- (8) En caso de regularizar o convalidar, colocar el establecimiento de salud pública o privada y código de IPRESS.
- (9) Nombre y grado del profesional de la salud tratante.
- (10) Número de CIP y DNI del profesional de la salud tratante.
- (11) Número de CMP / COP y RNE del profesional de la salud tratante.
- (12) Dirección del domicilio donde se cumplirá el Descanso Médico.
- (13) Si considera necesario, definir las actividades a realizar según el diagnóstico.
- (14) Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico.
- (15) Expedido por regularización.
- (16) Fecha de expedición.

Nota:

CIP: Carné de Identidad Personal
DNI: Documento Nacional de Identidad
CMP: Colegio Médico del Perú
COP: Colegio Odontológico del Perú
RNE: Registro Nacional de Especialista
IPRESS: Institución Prestadora de Servicios de Salud

* La constancia se realizara En 04 Copias

- 1.- Registros Médicos (HH CC)
- 2.- Dirección Médica (Secc Peritaje Médico)
- 3.- Departamento
- 4.- Servicio



PERÚ

Ministerio de Educación

COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

Resolución Ministerial N° 318-2010-ED
Jr. Santa Bárbara N° 420; Teléfono 505513 / 335784



N° 003353

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 0249-95-ED

SOLICITA: REEMPLAZO TEMPORAL DE LA
DOCENTE DEL ÁREA DE COMUNICACIÓN

SEÑOR DIRECTOR DEL COLEGIO EMBLEMÁTICO "NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

MAMANI LLANQUI YZASY LEON

Datos del Usuario (Apellidos y Nombres)

Centro de Trabajo

42094781

Jr. Alfonso Ugarte N° 651

D.N.I.

Domicilio del Usuario (Avenida, Jirón, Calle, Urbanización Distrito, Provincia)

Fundamento del Pedido: Que teniendo conocimiento sobre la ausencia
temporal de la docente del área de comunicación, desde el
04 de abril hasta el 18 de abril, en reemplazo de la prof:
Gladys Alfaro Pari, quien se encuentra mal de salud y con
licencia temporal por eso solicito a su persona cubrir
mencionada plaza hasta nueva disposición, con el fin
y propósito del desarrollo normal de las actividades
académicas de los estudiantes de la institución que dirige,

Para lo cual adjunto al presente los siguientes documentos: Título, DNI y anexos.

POR LO EXPUESTO:

Ruego a Ud. Señor Director acceder mi petición por ser de justicia que espero alcanzar.

Ilave, 04 de ABRIL del 2024


FIRMA DEL SOLICITANTE

