



PERÚ

Ministerio
de Educación

UGEL EL COLLAO ILAVE

IES MARIATEGUI



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

Ilave, 30 de abril del 2024.

OFICIO N° 0068 -2024-DREP-UGEL-EC/DIES"JCM" I.

SEÑORA : Prof. (ra) Norka Belinda Ccori Toro
DIRECTORA DE UGEL EL COLLAO ILAVE
PRESENTE.

ASUNTO : Comunica ampliación de licencia sin goce de remuneraciones del Prof. ALFREDO NINA PUMA. Y ampliación de contrato de su reemplazante NORMA PARI FLORES.

REFERENCIA : Expediente N° 1175-2024-IES"JCM" I.
Expediente N° 1144-2024-IES"JCM" I.
Expediente N° 1144-2024-IES"JCM" I.

Es grato dirigirme a usted para expresar mi cordial saludo a nombre de la Institución Educativa Emblemática "JOSE CARLOS MARIATEGUI" de esta Ciudad de Ilave; el presente es para comunicarle **ampliación de licencia por salud del profesor ALFREDO NINA PUMA**, al mismo que solicito ampliación de contrato de la Profesora NORMA PARI PARI. Adjunto al presente los documentos pertinentes para efectos de normas administrativas.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para renovar mi consideración y estima personal.

Atentamente,



Dra. Roxana Vargas Marón
DIRECTORA

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"

Solicito: Ampliación de Licencia consecutivos por motivos de salud.

SEÑORA DIRECTORA DE LA IES JOSE CARLOS MARIÁTEGUI DE ILAVE.

UNEL "EL COLLAO" ILAVE
I.E.S. "JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI" - ILAVE
MESA DE PARTES
FECHA: 26 ABR 2024
HORA: 10:55 FOLIOS: 02
Exp. N°: 1175 PEREA: [Firma]

ALFREDO NINA PUMA, identificada con DNI N° 01232772, domiciliada en Urb. Chanu chanu 2da Etapa Mz. B2-L1 de la ciudad de Puno, distrito de Puno, provincia y departamento de Puno, C.M. N° 1001232772, ante Ud. me presento y digo:

Que, en mi condición de docente nombrado de Educación Secundaria en la Institución Educativa que Ud. dirige, amparada en el artículo 73° de Ley 29944, Ley de Reforma Magisterial, y el artículo 199° del Decreto Supremo N° 004-2013-ED, Reglamento de la Ley de Reforma Magisterial, SOLICITÓ a usted disponga se me conceda la respectiva ampliación de licencia consecutivos por motivos de salud a partir del 26/04/2024 al 10/05/2024 del presente año para lo cual adjunto. Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT). Así mismo, me comprometo a presentar el certificado médico de los días miércoles 24 y jueves 25 una vez que el médico tratante me expida del presente mes.

POR LO EXPUESTO:

A Ud. Ruego acceder a lo solicitado y darle trámite conforme a ley.

Ilave, 26 de abril del 2024

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA
"JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI"
DREP-UGEL EL COLLAO-ILAVE
DECRETO ADMINISTRATIVO N°..
ASE V. S.D.A
informe [Firma]
ampliación a [Firma]
FECHA: 26/04/24
SELLO Y FIRMA

[Firma]
ALFREDO NINA PUMA
DNI N° 01232772

NOTA:

- Adjunto Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 140 - H.III PUNO

CITT No. : A-140-00013021-24

Acto Medico: 2030625

Servicio: AA1 MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Nombre Asegurado: NINA PUMA ALFREDO

Doc. de Identidad: D.N.I. 01232772

Autogenerado: 6212231NAPAA005

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: ENFERMEDAD COMUN

Med. Control:

F. Prob. de Parto:

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 26/04/2024

Fecha Fin: 10/05/2024

Total de Días: 15

F. de Otorgamiento: 26/04/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 15

No Consecutivos: 57

PP.SS. Tratante MEDICO 48437
HILARI OLAGUIVEL NEDY

RUC: 20406266207

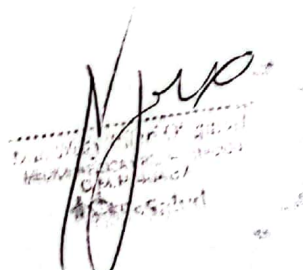
OBSERVACIONES

Días de Incapacidad Temporal Acumulado: 111

Usuario: HILARI OLAGUIVEL NEDY

Fecha: 26/04/2024

Hora: 08:41:44





FORMULARIO UNICO DE TRAMITE (FUT)



I.- RESUMEN DEL PEDIDO:

SUMILLA: SOLICITA: AMPLIACIÓN DE CONTRATA DOCENTE

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

SEÑOR (RA) DIRECTOR (RA) DE LA EMBLEMÁTICA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA "JOSE CARLOS MARIATEGUI" DE ILAVE, PROVINCIA DE EL COLLAO, REGION PUNO

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

APELLIDOS Y NOMBRES: PARI FLORES, NORMA

DNI Nro. 41857969

CELULAR: 918658951

IV.- DIRECCIÓN:

Jr. / Av. Av. 18 de diciembre N. 543

C.P. / Comunidad

V.- FUNDAMENTO DEL PEDIDO:

Que, habiendo la plaza docente del área de Desarrollo personal ciudadanía y c.
es que solicito la ampliación de contrata docente en el área en
mención para el cual cumpla con las condiciones necesarios

VI.- DOCUMENTOS QUE ADJUNTAN:

Solicitud de ampliación



VII.- LUGAR Y FECHA:

Ilave, 26 de abril de 2024

FIRMA DEL SOLICITANTE

**"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA
CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNÍN Y AYACUCHO"**



Solicito: Regularizar Licencia por
motivos de salud.

SEÑORA DIRECTORA DE LA IES JOSE CARLOS MARIATEGUI DE ILAVE.

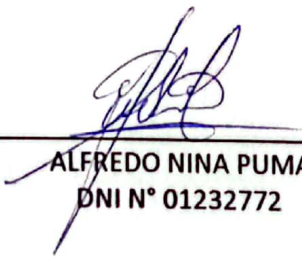
ALFREDO NINA PUMA, identificada con DNI N°
01232772, domiciliada en Urb. Chanu chanu 2da
Etapa Mz. B2-L1 de la ciudad de Puno, distrito de
Puno, provincia y departamento de Puno, C.M.
N° 1001232772, ante Ud. me presento y digo:

Que, en mi condición de docente nombrado de
Educación Secundaria en la Institución Educativa que ud. dirige, amparada en el artículo
73° de Ley 29944, Ley de Reforma Magisterial, y el artículo 199° del Decreto Supremo
N° 004-2013-ED, Reglamento de la Ley de Reforma Magisterial, SOLICITO a usted
disponga se me conceda la regularización de licencia por motivos de salud de los días
24/04/2024 y 25/04/2024 del presente año para lo cual adjunto. Certificado de
Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).

POR LO EXPUESTO:

A Ud. Ruego acceder a lo solicitado y darle trámite conforme a ley.

Ilave, 29 de abril del 2024


ALFREDO NINA PUMA
DNI N° 01232772

NOTA:

- Adjunto Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT).

*pase a SDA
para su atención
30/04/24*

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS. : 140 - H.III PUNO

CITI No : **A-140-00013105-24**Acto Médico :
Servicio : MED. CONTROL (MECO)Nombre Asegurado : NINA PUMA ALFREDO
Doc. de Identidad : DNI 01232772
Autogenerado: : 6212231NAPAA005Tipo de Atención : REGULAR. CONSULTA EXTERNA
Contingencia : ACCIDENTE COMUN
Med. Control : 52858 MAMANI RUELAS ROSMERY
F. Prob. de Parto :

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio : 24/04/2024
Fecha de Fin : 25/04/2024
Total de Dias : 2
e Otorgamiento : 29/04/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos : 74
No Consecutivos : 0

PP.SS. Tratante : MEDICO 52858

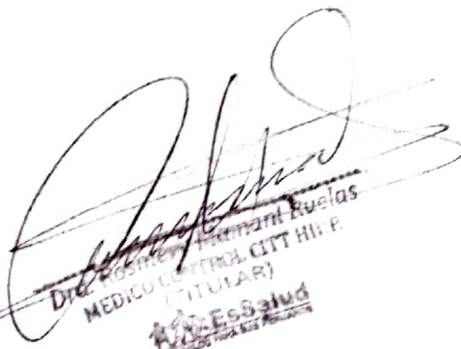
RUC: 20406266207 - UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA EL COLLAO

OBSERVACIONES :

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado : 113
Ver condiciones y/o restricciones en www.essalud.gob.pe

Usuario: 40387880

Fecha: 29/04/2024 Hora: 13:09:40



Dr. Rosmery Mamani Ruelas
MEDICO CONTROL CITI H.III P.
(TITULAR)
EsSalud