



PERU

Ministerio
de Educación

DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO

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, 08 de abril del 2024

OFICIO N° 037-2024-D.EIES”NSC”I

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 Junín y Ayacucho"

DECRETO ADMINISTRATIVO N° 004-2024-DEIES"NSC"1

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"



PERÚ

Ministerio
de EducaciónDIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO

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, 15 de marzo del 2024

OFICIO N° 018-2024-D.EIES"NSC"

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"

GJQLI/D.EIES"NSC"
Arch.
c.c.

"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" I

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:	12.05.2024
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
"Crispín 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)

da 63 años de edad, ha sido atendido(a) en (4) 7ed Fkca Rehab
el día 06-03-24 por presentar

cuadro Clínico Compatible con (5)

- Secuela quemadura III m. inferiores
- Secuela quemadura II en manos.

habiéndose prescrito, (6)

Descanso medico por 15 días
una 06 marzo del 2024 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 H.

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)

SILVIA HIRANO ESPEJO
C-23773746-B+

DEL SAN MED
Jefe del Dpto. de Asesoría del YTO

1^{er} del Jefe del
Departamento

Juan M. Bravo Mogrovejo
MY SAN MED
SERVICIO MEDICINA REHABILITACION
CMP: 39097 / RNE: 26642

Firma y Sello del Médico
123111100
Juan M. Bravo Mogrovejo
MY SAN MED
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 Peritaje Médico)

3.- Departamento

4.- Servicio

COLEGIO EMBLEMÁTICO
"NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN" - ILAVE

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 Pari que por motivos de salud está con
licencia temporal por consiguiente solicito a su
distinguida persona cubrir la plaza en mención hasta
nueva disposición.

Saludando 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 Marzo de 2024


FIRMA DEL SOLICITANTE



P-
003947-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 Punto a los 06 días del mes de Diciembre de 2007



DIRECTOR DE INSTITUCIONES
DE EDUCACION SUPERIOR

Luis Leonel Fajardo Leon
DIRECTOR INSTITUCIONES
DE EDUCACION SUPERIOR



POR EL MINISTRO DE EDUCACION

EL NESTOR PAREDES LOPEZ

C.M. 1002152512

DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACION

[Firma]
INTERESADO



Ministerio de Educación
República del Perú
Lima, Perú

MINISTERIO DE EDUCACIÓN

Dirección: Regional de Educación de Lima
El presente TÍTULO es otorgado a Don (lla) Yolanda Alamqui García

Nacido en Lima Distrito de Lima Departamento

el 21 de Mayo de 1982 DNI 42091781

Queda inscrito en el Registro de Titulos Pedagógicos

con el N° 003397-P-DREP de conformidad con la R.D. N° 1423 DREP



[Signature]

UNIDAD DE REGISTRO DE TÍTULOS

TECNICARIA

El presente TÍTULO es otorgado a Don (lla) Yolanda Alamqui García

IMPRESA DEL GOBIERNO DE LOS AUTOS

ANEXO 8
DECLARACIÓN JURADA PARA EL PROCEDIMIENTO DE CONTRATACIÓN

Yo, Y. Zoray Leon Mamani Ukunqui
Identificado (a) con D.N.I. N° 42094781, con fecha de nacimiento 21.03/82 y
domicilio actual en San Alonso Ugarte MG 61 correo
electrónico Y.zoray007@gmail.com y teléfono 966859310

DECLARO BAJO JURAMENTO:

No	☒	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	☒	Si	Tengo buena conducta.
No	☒	Si	Gozo de buena salud física y mental que permita ejercer la docencia.
No	☒	Si	Tengo menos de 65 años.
No	☐	Si	He sido sancionado administrativamente por falta muy grave, bajo cualquier marco normativo, en los últimos cinco (5) años.
No	☒	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	☒	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	☒	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	☒	Si	Cuento únicamente con estudios de quinto de secundaria
No	☒	Si	Estoy inhabilitado para el ejercicio profesional o el ejercicio de la función pública.
No	☒	Si	He sido condenado con sentencia firme por delito doloso.
No	☒	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	☒	Si	He sido condenado en cualquiera de los delitos previstos en la Ley N° 29988 y/o la Ley N° 30794.
No	☒	Si	He sido condenado por delito contemplado en el artículo 2 de la Ley N° 30901.
No	☒	Si	Tengo medida de separación preventiva de una IE al momento de la postulación o adjudicación.
No	☒	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	☒	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	☒	Si	Soy peruano de nacimiento

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

Comunicación

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 9
DECLARACIÓN JURADA DE REGISTRO, (REDERECI), (REDAM), (RNSSC) y DELITO
DOLOSO

Yo, Ytasy Leon Mamari Llanqui
Identificado (a) con D.N.I. N° 42094781 y
domicilio actual en Dr. Alfonso Ugarte N° 651

DECLARO BAJO JURAMENTO lo siguiente:

No ☒	☐	Si	Estoy inscrito/a en el registro de deudores de reparaciones civiles por delitos en agravio del estado (REDERECI).
No ☒	☐	Si	Estoy inscrito/a en el Registro de Deudores Alimentarios Morosos (REDAM)
No ☒	☐	Si	Tengo inhabilitación o suspensión vigente, administrativa o judicial inscrita o no en el registro nacional de sanciones contra servidores civiles (RNSSC).
No ☒	☐	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 Ilaque a los 11 días del mes de Marzo del 2024


(Firma)

DNI: 42094781



Huella dactilar
(Índice derecho)

ANEXO 10
DECLARACIÓN JURADA DE PARENTESCO Y NEPOTÍSMO

Yo, Yzasy Leon Momani Hangui
Identificado (a) con D.N.I. N° 42094781 y
domicilio actual en Sr. Alfonso Ugarte N° 651

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 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	☒	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	☒	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:	☐ 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 Ilave a los 15 días del mes de Marzo del 2024



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° 42094781

DECLARO BAJO JURAMENTO:

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

☒ SNP (Sistema Nacional de Pensiones)	☐ AFP (Sistema privado de pensiones)
	Integra ☐ Profuturo ☐
	Habitad ☐ Prima ☐

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
N° REGISTRO:	712
FOLIOS:	03
FIRMA:	


GLADIS ALFARO PARI
DNI 01783071



HOSPITAL MILITAR CENTRAL
"Crl Luis Arias Schreiber"

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

CONSTANCIA MEDICA ☒

CONSTANCIA ESTOMATOLOGICA ☐ (2)

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

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

cuadro Clínico Compatible con (5)

Insuficiencia II° manos
III° m. inferiores
II° Cara.

habiéndose prescrito (6) Descanso medico por 15
días (Inicio 20 marzo, culmina 3 Abril 24)

Motivo del documento (7) Tránsito Documentario

Nombre del establecimiento y Código de IPRESS (8) HMC

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

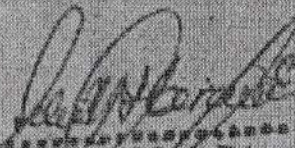
Dirección del domicilio donde cumplirá el descanso médico (12) _____

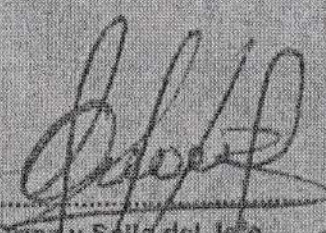
Si considera necesario, definir las actividades a realizar según diagnóstico (13) _____

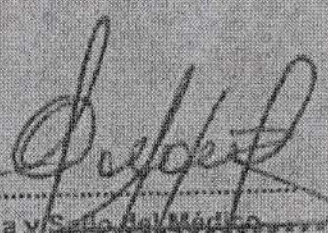
Determinar el tipo de uniforme a utilizar mientras dure el descanso médico (14) _____

Expedido por regularización (15) _____

Jesús María (16) 20 de Noviembre del 20 24


O-1237777-8+
SILVIA HIRANO ESPEJO
DEL SAN MED
Jefe del Dpto de Apoyo del Jefe
Y B del Jefe del
Departamento


Firma y Sello del Jefe
123111100
Juan M. Bravo Mogrovejo
My San Médico
Servicio Medicina Rehabilitación
CMP. 39097 - RNE. 26642
DNI. 21540151


Firma y Sello del Médico
123111100
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 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 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 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



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 Parí, 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

POR LO EXPUESTO:

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

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

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”



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 Fkca Relaks
el día 3.4.24 por presentar

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

habiéndose prescrito, (6)

Motivo del documento (7) Descaño medico por 15 días
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 Hologuero

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)

7

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) *03* de *Julio* del 20 *24*.

[Signature]
SILVIA MIRANO ESPEJO
DEL SAN MED
JEFE DEL DPTO DE APOYO DEL TTE

VºBº del Jefe del
Departamento

[Signature]
123111100
9260209749-9
MARTIN E. VASQUEZ
TTE CAL EP
SERVICIO MEDICINA DE REHABILITACION
CMP 44762 RNE 33175
Firma M. Bravo Moscoso
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 publica 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

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

