



GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN

DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN
Unidad de Gestión Educación Local El Dorado

AMIÑO ,25 DE NOVIEMBRE DEL 2021

OFICIO N° 019-D-I.E N°417-A-2021

SEÑORA : DIRECTORA DE LA U.G.E.L – EL DORADO
DRA: María Carolina Pérez Tello

ASUNTO : NULIDAD DE MEMORANDO

Es grato dirigirme ante su digno despacho para saludarle cordialmente y al mismo tiempo, adjunto mi resolución de licencia.

Considerando, que estuve de licencia por maternidad de 07/04/2021 AL 13/07/2021 por la cual me imitieron un memorando en dichos meses que no labore, cuya responsabilidad de dirección estuvo a cargo la profesora Yovany Simpertegui Rojas

Esperando retracten y anulen el memorando que me imitieron.
Propicia sea la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima



GOBIERNO REGIONAL SAN MARTÍN,
Dirección Regional de Educación
Unidad de Gestión Educativa Local - Dorado

Prof. Janina Flores Tuanama
DIRECTORA

CARGO

"AÑO DEL VICENTENARIO DEL PERU :200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

Morales, 09 de abril del 2021.

SOLICITO: **LICENCIA POR MATERNIDAD.**

SEÑOR(A):

MARIA CAROLINA PEREZZ TELLO

Directora de la UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL UGEL EL DORADO .

Yo JANINA FLORES TUANAMA identificado con DNI N°70163484 con domicilio legal en el Jr. LOS ANDES 630 Del Distrito de Morales, Provincia y departamento de San Martin, actual directora encargada y docente de la Sección "UNICA" de 3 años. Me dirijo a usted para manifestarle lo siguiente:

Que en mi condición de docente contratada en el nivel de educación inicial en la educación educativa que usted dirige amparada en el inciso a). del artículo 16° de la ley del profesorado 24029 y su modificatorio 25212 y el artículo 48° del reglamento del le7 profesorado, decreto supremo 019-90-ED

Se me conceda licencia por maternidad a partir del 07-04-2021 al 13 de julio del 2021, con forme a la prescripción medica en el certificado de incapacidad temporal para el trabajo N° A279-00011809-18 para hacer uso del descanso pre y post parto natal.

Por expuesto a usted pido se da tramite a la solicitud planteada conforme a la ley.

Tarapoto 09 de abril del 2021

Atentamente,



Prof. JANINA FLORES TUANAMA

DNI N° :70163484

Adjunto:

- Certificado de incapacidad temporal para el trabajo (CITT original+ 04 copias).
- 2 fotocopias del documento nacional de identidad
- 12 copias de las ultimas boletas de pago antes del inicio de la licencia
- Solicitud de reembolso -FORMULARIOS N°1040

Unidad de Gestión Educativa Local	
EL DORADO	
Trámite Documentario	Mesa de Partes
RECEPCION	
1 2 ABR 2021	
Hora: 11.08am	Registro N°: UJ21-02840
N° de Folios: 21	Firma: [Firma]

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EESS: 179 - H.H. TARAPOTO

CIT No.: **A-279-0001/544-21**

Acto Medico: 1037185

Servicio: C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre Asegurado: FLORES TUANAMA JANINA

Dcc. de Identidad: D.N.I. 70163484

Autogenerado: 9501040FRTNJC01

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA

Contingencia: MATERNIDAD

Mtd. Control:

P. Prob. de Parto: 21/04/2021

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 07/04/2021

Fecha Fin: 13/07/2021

Total de Días: 98

F. de Otorgamiento: 07/04/2021

DÍAS ACUMULADOS

PI.SS. Tratante MEDICO 29899
DIAZ PELAEZ MAURO

RHC: 20187348341

OBSERVACIONES

Usuario: DIAZ PELAEZ MAURO ALEJAN JRO

Fecha: 07/04/2021 Hora 09:38:42

DR. MAURO DIAZ PELAEZ
MEDICO GINECO OBSTETRA
C.M.B. 20099 R.M.E. 10382
HOSPITAL H. TARAPOTO
Es Salud
SERVICIO SOCIAL PARA TODOS



Resolución Directoral N° 00335 -2021

SAN JOSÉ DE SISA, 22 FEB. 2021

Vistos, los documentos adjuntos, y;

CONSIDERANDO:

Que, es política del Ministerio de Educación garantizar el buen inicio del año escolar en concordancia con las políticas priorizadas y los compromisos de gestión escolar conforme a las disposiciones que se señala en la Resolución Viceministerial N° 0273-2020-MINEDU, que aprueba las "Orientaciones para el Desarrollo del Año Escolar 2021 en Instituciones Educativas y Programas Educativos de la Educación Básica";

Que, el artículo 76° de la Ley N° 29944, Ley de Reforma Magisterial dispone que las plazas vacantes existentes en las instituciones educativas públicas no cubiertas por nombramiento son atendidas vía concurso público de contratación docente;

Que, el artículo 1° de la Ley N° 30328, Ley que establece medidas en materia educativa y dicta otras disposiciones, señala que el Contrato de Servicio Docente regulado en la Ley de Reforma Magisterial tiene por finalidad permitir la contratación temporal del profesorado en instituciones educativas públicas de educación básica y técnico productiva; es de plazo determinado y puede en el caso que exista plaza vacante en las instituciones educativas;

Que, por Decreto Supremo N° 015-2020-MINEDU, se aprueba la Ley que regula el procedimiento, requisitos y condiciones para las contrataciones de profesores y su renovación, en el marco del contrato de servicio docente en educación básica, a que hace referencia la Ley N° 30328, Ley que establece medidas en materia educativa y dicta otras disposiciones, con la finalidad de establecer disposiciones para la contratación del servicio docente en los programas educativos y en las instituciones educativas públicas de Educación Básica y Técnico Productiva; y

Estando a lo actuado por el comité de contratación docente / Jefe de personal y con el visto bueno de las dependencias correspondientes, y;

De conformidad con la Ley N° 28044 Ley General de Educación, Ley N° 29944 Ley de Reforma Magisterial y su modificatoria, Ley N° 31084 Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021, Ley N° 30328, Ley que establece medidas en materia educativa y dicta otras disposiciones, el Decreto Supremo N° 004-2013-ED que aprueba el Reglamento de la Ley de Reforma Magisterial y sus modificatorias, el Decreto Supremo N° 001-2015-MINEDU;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO 1°.- APROBAR EL CONTRATO, por servicios personales según el anexo que forma parte de la presente, suscrito por la Unidad Ejecutora y el personal docente que a continuación se indica:



DOC. DE IDENTIDAD : D.N.I. N° 70163489
SEXO : FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO : 04/01/1995
REGIMEN PENSIONARIO : A.F.P. INTEGRAL MIXTA
CUSSPP : 647010JFTRN8
FECHA DE AFILIACION : 22/06/2020
TÍTULO Y/O GRADO : PROFESORA DE EDUCACION INICIAL N° 002119-P-DRESM
ESPECIALIDAD : INICIAL

1.2. DATOS DE LA PLAZA:

NIVEL Y/O MODALIDAD : Inicial - Jardín
INSTITUCION EDUCATIVA : 417
CODIGO DE PLAZA : 626441214711
CARGO : PROFESOR
MOTIVO DE LA VACANTE : NONAGESIMA SEGUNDA DISPOSICION COMPLEMENTARIA FINAL DE LA LEY N° 29951 (MEMORANDUM N° 4299-2012-MINEDU/SPE-UP)

1.3. DATOS DEL CONTRATO:

N° DE EXPEDIENTE : UD21-00948 N° DE FOLIOS: 30
REFERENCIA : ACTA DE ADJUDICACION DOCENTE 2021
VIGENCIA DEL CONTRATO : Desde el 01/03/2021 hasta el 31/12/2021
JORNADA LABORAL : 30 Horas Pedagógicas
FASE DE ADJUDICACION : CONTRATACION POR RESULTADOS

ARTICULO 2°.- ESTABLECER, conforme al Anexo 1 del Decreto Supremo N° 015-2020-MINEDU, que contiene el documento "Contrato de Servicio Docente", es causal de resolución del contrato cualquiera de los motivos señalados en la Cláusula Sexta.

ARTICULO 3°.- AFÉCTESE a la cadena presupuestal correspondiente de acuerdo al Texto Único Ordenado del Clasificador de Gastos, tal como lo dispone La Ley N° 31084 que aprueba el Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021.

ARTÍCULO 4°.- NOTIFICAR, la presente resolución a la parte interesada e instancias administrativas pertinentes para su conocimiento y acciones de Ley.

Regístrese y comuníquese.



ROSALBA CANGENIA PEREZ TELLO
Directora de la Unidad de Gestión Educativa Local El Dorado
Unidad de Gestión Educativa Local El Dorado

GOBIERNO REGIONAL DE SAN MARTÍN
Unidad Ejecutora 301 Educación Bajo Mayo
Unidad de Gestión Educativa Local El Dorado
CERTIFICA: Que la presente es copia fiel del documento original que he tenido a la vista.

San José de Sica,

22 FEB. 2021

MCPT / Dir.UGEL
IRA / P-I
JSC / E.A.R.H.
AFT / NeXus



JOSE HIDALGO RUIZ
FEDATARIO TITULAR
CM 1000918908
R.D. UGELD N° 0911 - 2018



PERÚ

Ministerio
de EducaciónCÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001SAN MARTIN
UGEL EL DORADO

BOLETA DE PAGO

MARZO - 2021

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMACENTRO DE TRABAJO
I.E. 417 - AMIDIORÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328LEYENDA PERMANENTE
---JORNADA LABORAL
30SITUACIÓN
HabilitadoDÍAS DE INASISTENCIA
0CÓDIGO MODULAR IE
1450659NOMBRES
JANINACARGO
PROFESORVÍNCULO LABORAL
INGRESO:01/03/2021 TÉRMINO:31/12/2021DOC. DE REFERENCIA
RD.00335-2021DÍAS/MENSUAL
30NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-JardinesTARDANZA (HH:MM)
00:00D.N.I
70163484TIPO SERVIDOR
Docente ContratadoENTIDAD BANCARIA
BCO. NACIONRÉGIMEN PENSIONARIO
AFP - Integra MixtaNIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluidoCÓDIGO PLAZA NEXUS
626441214711DÍAS DE LICENCIA
0

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

INGRESOS

CONCEPTO

Rem.Mensual
asgrt3_cont

MONTO

S/ 2,400.30
S/ 70.00

DESCUENTOS

CONCEPTO

D.L. 25897 AFP
cmtrujillo

MONTO

S/ 183.17
S/ 980.20

TOTAL INGRESOS

S/ 2,470.30

TOTAL DESCUENTOS

S/ 1,163.37

La presentación de la boleta de pago electrónica
puede ser verificada a través de la lectura del
código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,306.93

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,560.20

MENSAJE

Conoce las condiciones y facilidades laborales durante la pandemia
<http://www.minedu.gob.pe/reforma-magisterial/trabajo-remoto.php>Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y
compromiso con el medio ambiente.



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

FEBRERO - 2021

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMA

CENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"

RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328

LEYENDA PERMANENTE

JORNADA LABORAL
30

SITUACIÓN
Habilitado

DÍAS DE INASISTENCIA
0

NOMBRES
JANINA

CARGO
PROFESOR

VÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020

DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020

DÍAS/MENSUAL
30

NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-Jardines

TARDANZA (HH:MM)
00:00

D.N.I
70163484

TIPO SERVIDOR
Docente Contratado

ENTIDAD BANCARIA
BCO. NACION

RÉGIMEN PENSIONARIO
AFP - Integra Mixta

NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluido

CÓDIGO PLAZA NEXUS
22EV01907324

DÍAS DE LICENCIA
0

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

INGRESOS

CONCEPTO

Vac_T_Afect

Vac_T_No_Afect

MONTO

S/ 1,560.20

S/ 840.10

DESCUENTOS

CONCEPTO

D.L. 25897 AFP

cmtrujillo

MONTO

S/ 183.17

S/ 980.20

TOTAL INGRESOS

S/ 2,400.30

TOTAL DESCUENTOS

S/ 1,163.37



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,236.93

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,560.20

MENSAJE

Conoce qué tramites realizar en caso del fallecimiento de un familiar o del docente o auxiliar.
Ingresa y descarga la guía en www.minedu.gob.pe/teescuchodocente



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

ENERO - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS FLORES TUANAMA	NOMBRES JANINA	D.N.I 70163484
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Contratado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 30328	VÍNCULO LABORAL INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE ---	DOC. DE REFERENCIA RD.0458-2020	RÉGIMEN PENSIONARIO AFP - Integra Mixta
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	NIVEL MAGISTERIAL Estudio Profesional concluido
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel inicial-Jardines	CÓDIGO PLAZA NEXUS 22EVO1907324
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Vac_T_Afect	S/ 1,560.20	D.L. 25897 AFP	S/ 183.17
Vac_T_No_Afect	S/ 840.10	cmtrujiillo	S/ 980.20

TOTAL INGRESOS

S/ 2,400.30

TOTAL DESCUENTOS

S/ 1,163.37



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,236.93

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,560.20

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

NOVIEMBRE - 2020

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMA

CENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"

RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328

LEYENDA PERMANENTE

JORNADA LABORAL
30

SITUACIÓN
Habilitado

DÍAS DE INASISTENCIA
0

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

NOMBRES
JANINA

CARGO
PROFESOR

VÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020

DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020

DÍAS/MENSUAL
30

NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel inicial-Jardines

TARDANZA (HH:MM)
00:00

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

D.N.I
70163484

TIPO SERVIDOR
Docente Contratado

ENTIDAD BANCARIA
BCO. NACION

RÉGIMEN PENSIONARIO
AFP - Integra Mixta

NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluido

CÓDIGO PLAZA NEXUS
22EVO1907324

DÍAS DE LICENCIA
0

INGRESOS

CONCEPTO
Rem. Mensual

MONTO
S/ 2,400.30

DESCUENTOS

CONCEPTO
D.L. 25897 AFP
cmtrujillo

MONTO
S/ 177.08
S/ 980.20

TOTAL INGRESOS

S/ 2,400.30

TOTAL DESCUENTOS

S/ 1,157.28



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,243.02

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,560.20

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



CÓDIGO MODULAR - SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

OCTUBRE - 2020

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMA

CENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"

RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328

LEYENDA PERMANENTE

JORNADA LABORAL
30

SITUACIÓN
Habilitado

DÍAS DE INASISTENCIA
0

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

NOMBRES
JANINA

CARGO
PROFESOR

VÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020

DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020

DÍAS/MENSUAL
30

NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-Jardines

TARDANZA (HH:MM)
00:00

D.N.I
70163484

TIPO SERVIDOR
Docente Contratado

ENTIDAD BANCARIA
BCO. NACION

RÉGIMEN PENSIONARIO
AFP - Integra Mixta

NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluido

CÓDIGO PLAZA NEXUS
22EVO1907324

DÍAS DE LICENCIA
0

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Rem. Mensual	S/ 2,300.10	D.L. 25897 AFP cmtrujillo	S/ 169.69 S/ 980.20

TOTAL INGRESOS

S/ 2,300.10

TOTAL DESCUENTOS

S/ 1,149.89



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,150.21

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,495.07

MENSAJE

"Te escucho, docente" contribuye con tu bienestar emocional. Atención psicológica gratuita y personalizada en www.minedu.gob.pe/teescuchodocente



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



UGEL EL DORADO

BOLETA DE PAGO: SETIEMBRE-2020

DRE SAN MARTIN - UGEL Tarapoto DZ181094-1204668
*DZ UGE EL DORADO
RUC - 0 1070163484-285001
SETIEMBRE - 2020 ACT/CONT/TIT (4) Habilitado
Apellidos : FLORES TUANAMA
Nombres : JANINA
Fecha de Nacimiento : 04/01/1995
Documento de Identidad : (Lib.Electoral o D.N.) 70163484
Establecimiento : I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"
Cargo : PROFESOR
Tipo de Servidor : DOCENTE CONTRATADO
Regimen Laboral : 12-Ley Nro 30328
Niv.Mag./G.Ocup./Horas/HrsAdd: A/0-0/30/0
Tiempo de Servicio (AA-MM-DD): -- ESSALUD : ...
Fecha de Registro : Ingr.:02/03/2020 Termino:31/12/2020
Cta. TeleAhorro o Nro. Cheque: CTA- 4541568439
Leyenda Permanente :
Leyenda Mensual :
Reg.Pensionario : AFP Integra
FAfiliacion : 02/03/2020 CVariable : 0.00
FDevengue : 02/03/2020 Seguro: 20.18 CFija: 149.51

M 2,300.10
P 169.69
Comtrujillo 980.20



T-REMUN 2,300.10 T-DSCTO 1,149.89 T-LIQUI 1,150.21
MImponible 1,495.07

Mensajes :

Visite la pagina Web del Ministerio de Educación: www.minedu.gob.pe.

00000089

VALIDO PARA TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

Podrá validar esta copia ingresando a <http://bpe.dresanmartin.gob.pe>



91061010070405250524022



SAN MARTIN
UGEL EL DORADO

CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

AGOSTO - 2020

DATOS PERSONALES

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

APELLIDOS
FLORES TUANAMA
CENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"
RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328
LEYENDA PERMANENTE

JORNADA LABORAL
30
SITUACIÓN
Habilitado
DÍAS DE INASISTENCIA
0

NOMBRES
JANINA
CARGO
PROFESOR
VÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020
DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020
DÍAS/MENSUAL
30
NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-Jardines
TARDANZA (HH:MM)
00:00

D.N.I
70163484
TIPO SERVIDOR
Docente Contratado
ENTIDAD BANCARIA
BCO. NACION
RÉGIMEN PENSIONARIO
AFP - Integra Mixta
NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluido
CÓDIGO PLAZA NEXUS
22EVO1907324
DÍAS DE LICENCIA
0

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

INGRESOS

DESCUENTOS

CONCEPTO
Rem. Mensual

MONTO
S/ 2,300.10

CONCEPTO
D.L 25897 AFP

MONTO
S/ 169.69

TOTAL INGRESOS

S/ 2,300.10

TOTAL DESCUENTOS

S/ 169.69



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 2,130.41

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,495.07

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001

BOLETA DE PAGO

JULIO - 2020

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMA
CENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"

RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328

LEYENDA PERMANENTE

JORNADA LABORAL
30

SITUACIÓN
Habilitado

DÍAS DE INASISTENCIA
0

CÓDIGO MODULAR IE
1204668

NOMBRES
JANINA

CARGO
PROFESOR

VÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020

DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020

DÍAS/MENSUAL
30

NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-Jardines

TARDANZA (HH:MM)
00:00

D.N.I
70163484

TIPO SERVIDOR
Docente Contratado

ENTIDAD BANCARIA
BCO. NACION

RÉGIMEN PENSIONARIO
Ley 19990

NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluido

CÓDIGO PLAZA NEXUS
22EV01907324

DÍAS DE LICENCIA
0

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Grat.Aguinaldo	S/ 300.00	DL19990 SNP	S/ 194.36
Rem.Mensual	S/ 2,300.10		

TOTAL INGRESOS

S/ 2,600.10

TOTAL DESCUENTOS

S/ 194.36



La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.

TOTAL LÍQUIDO

S/ 2,405.74

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,495.07

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



PERÚ

Ministerio de Educación

CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1070163484-285001SAN MARTIN
UGEL EL DORADO

MAYO - 2020

BOLETA DE PAGO

TIPO DE PLANILLA ACTIVO

DATOS PERSONALES

APELLIDOS
FLORES TUANAMACENTRO DE TRABAJO
I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"RÉGIMEN LABORAL
Ley Nro 30328LEYENDA PERMANENTE
—JORNADA LABORAL
30SITUACIÓN
HabilitadoDÍAS DE INASISTENCIA
0CÓDIGO MODULAR IE
1204668NOMBRES
JANINACARGO
PROFESORVÍNCULO LABORAL
INGRESO:02/03/2020 TÉRMINO:31/12/2020DOC. DE REFERENCIA
RD.0458-2020DÍAS/MENSUAL
30NIVEL EDUCATIVO
EBR Nivel Inicial-JardinesTARDANZA (HH:MM)
00:00D.N.I
70163484TIPO SERVIDOR
Docente ContratadoENTIDAD BANCARIA
BCO. NACIONRÉGIMEN PENSIONARIO
Ley 19990NIVEL MAGISTERIAL
Estudio Profesional concluidoCÓDIGO PLAZA NEXUS
22EV01907324DÍAS DE LICENCIA
0

INGRESOS

CONCEPTO
Rem.MensualMONTO
S/ 2,300.10

DESCUENTOS

CONCEPTO
DL19990 SNP
CAPACITTAMONTO
S/ 194.36
S/ 135.00

TOTAL INGRESOS

S/ 2,300.10

TOTAL DESCUENTOS

S/ 329.36

TOTAL LÍQUIDO

S/ 1,970.74

AFECTO A CARGAS SOCIALES

S/ 1,495.07

MENSAJE

Visite la página web del Ministerio de Educación: www.gob.pe/minedu

La presentación de la boleta de pago electrónica puede ser verificada a través de la lectura del código QR.



Antes de imprimir esta boleta de pago, piense en su responsabilidad social y compromiso con el medio ambiente.



UGEL EL DORADO

BOLETA DE PAGO: ABRIL-2020

DRE SAN MARTIN - UGEL Tarapoto
*DZ UGE EL DORADO

DZ181094-1204668

1070163484-285001
(4) Habilitado

ABRIL - 2020 ACT/CONT/TIT

RUC - 0
Apellidos : FLORES TUANAMA
Nombres : JANINA
Fecha de Nacimiento : 04/01/1995
Documento de Identidad : (Lib.Electoral o D.N.) 70163484
Establecimiento : I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"
Cargo : PROFESOR
Tipo de Servidor : DOCENTE CONTRATADO
Regimen Laboral : 12-Ley Nro 30328
Niv.Mag./G.Ocup./Horas/HrsAdd: A/0-0/30/0
Tiempo de Servicio (AA-MM-DD) : -- ESSALUD : ...
Fecha de Registro : Ingr.:02/03/2020 Termino:31/12/2020
Cta. TeleAhorro o Nro. Cheque: CTA- 4541568439
Leyenda Permanente :
Leyenda Mensual :
Regimen Pensionario : Ley 19990

ADM 2,300.10
P 194.36
CAPACITTA 135.00



T-REMUN 2,300.10 T-DSCTO 329.36 T-LIQUI 1,970.74

MImponible 1,495.07

Mensajes :
Visite la pagina Web del Ministerio de Educación: www.minedu.gob.pe 0000089

VALIDO PARA TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

Podrá validar esta copia ingresando a <http://bpe.dresanmartin.gob.pe>



41051807061509230228489



UGEL EL DORADO

BOLETA DE PAGO: MARZO-2020

DRE SAN MARTIN - UGEL Tarapoto DZ181094-1204668
*DZ UGE EL DORADO
RUC - 0 1070163484-285001
MARZO - 2020 ACT/CONT/TIT (4) Habilitado
Apellidos : FLORES TUANAMA
Nombres : JANINA
Fecha de Nacimiento : 04/01/1995
Documento de Identidad : (Lib.Electoral o D.N.) 70163484
Establecimiento : I.E. 0272 "ANDRES REATEGUI R"
Cargo : PROFESOR
Tipo de Servidor : DOCENTE CONTRATADO
Regimen Laboral : 12-Ley Nro 30328
Niv.Mag./G.Ocup./Horas/HrsAdd: A/0-0/30/0
Tiempo de Servicio (AA-MM-DD) : -- ESSALUD : ...
Fecha de Registro : Ingr.:02/03/2020 Termino:31/12/2020
Cta. TeleAhorro o Nro. Cheque: CHQ- 146
Leyenda Permanente :
Leyenda Mensual :
Regimen Pensionario : Ley 19990

2,300.10
194.36



T-REMUN 2,300.10 T-DSCTO 194.36 T-LIQUI 2,105.74
MImponible 1,495.07

Mensajes :

Visite la pagina Web del Ministerio de Educación: www.minedu.gob.pe.

00000087

VALIDO PARA TRAMITES ADMINISTRATIVOS Y FINANCIEROS

Podrá validar esta copia ingresando a <http://bpe.dresanrrartin.gob.pe>



31050805110500280727472

Sistema de consulta de boletas de pago v1.0

I. INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS ASEGURADO TITULAR: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE NÚMERO

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRES

DATOS EMPLEADOR: RUC CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH) NÚMERO

CORREO ELETRONICO: TELEFONO CONTACTO: 927786898

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

DATOS BENEFICIARIO: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA NÚMERO

PRIMER APELLIDO SEGUNDO APELLIDO NOMBRES

CORREO ELETRONICO: TELEFONO CONTACTO:

PARENTESCO (familiar directo): CÓNYUGE CONCUBINO(A) HERMANO(A) PADRES OTRO: TERCERO FIRMA

SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO

NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA NÚMERO DOCUMENTO IDENTIDAD

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

PAGO DIRECTO REEMBOLSO

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: LACTANCIA SEPELIO INCAPACIDAD TEMPORAL MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()

ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: SI NO FECHA CONTINGENCIA: FECHA DE CESE:

PERIODO SUBSIDIADO: INICIO FIN N° DIAS: MONTO S/:

LLENADO SÓLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: PRIVADO PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA BOLETA DE VENTA RECIBO POR HONORARIOS

Empresa emisora			Comprobante Pago			
RUC	Razón Social	Serie	N°	F. emisión	Importe S/	

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe onrar el nombre del fallecido

C. Los gastos del asegurado titular fallecido:

- NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas
- NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.

D. El asegurado titular falleció por:

Muerte Natural () Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()

Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

• El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444

• Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de S/ Son (.....) como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso. En el caso de Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal.

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI NO INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI NO

USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de EsSalud
Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Tipo Doc.: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	N° de NIT o EXP.:
Número: <input type="text"/>	Número: <input type="text"/>	Se adjunta <input type="text"/> folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a con DNI en representación de mi persona.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040

¿Cuándo utilizo este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

¿Cómo lleno el formulario?

I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de ASEGURADO TITULAR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería () Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del EMPLEADOR: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () RUC () CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO Sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del BENEFICIARIO: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

En caso de PARENTESCO (familiar directo), marcar con un aspa según corresponda

- () Conyuge () Concubina(o) () Hermano (a) () Padres () Otro (precisar el parentesco) () Tercero.
- En caso de marcar tercero consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: () Lactancia () Sepelio () Incapacidad Temporal () Maternidad

- De marcar **maternidad** señalar si corresponde a () Primera armada () Segunda armada, o () Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA**: día/mes/año

Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor).

Maternidad: (Fecha de inicio del descanso de maternidad)

Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado)

Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)

- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE**: día/mes/año.

- Indicar **PERIODO SUBSIDIADO**: **INICIO**: día/mes/año **FIN**: día/mes/año - Indicar **DIAS** a Subsidiar

- Indicar **MONTO**: Importe sin céntimos con redondeo al sol si es igual o mayor a 0.50.

- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE**, marcar con un aspa si es Privado o Público.

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En 20 PRIMEROS DÍAS (*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados. Número de Colegio Médico, período de descanso DEL: día/mes/año AL: día/mes/año; y N° de días.

*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En SEPELIO: marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- () Factura () Boleta de Venta () Recibo por Honorarios.
- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, Importe
- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de **DECLARACION BAJO JURAMENTO**: consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

Seguro Complementario de Riesgo(SCTR): marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

Incapacidad o fallecimiento causado por terceros: marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad): Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO: Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el trámite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.

Apellidos y Nombres:

Indicar las doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificaciones por vacaciones).

| Mes | Año |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Si. | |

| Mes | Año |
|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Si. | |


 Firma del Asegurado Titular

Firma y Sello de la Entidad Empleadora

I. INFORMACIÓN DE ASEGURADO TITULAR

DATOS ASEGURADO TITULAR: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA PASAPORTE

APellido PATERNO: _____ APELLIDO MATERNO: _____

DATOS EMPLEADOR: RUC CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO CONTACTO: **927786898**

II. INFORMACIÓN DEL BENEFICIARIO sólo lactancia madre derechohabiente o sepelio (familiar directo)

DATOS BENEFICIARIO: DNI CARNET DE EXTRANJERÍA

PRIMER APELLIDO: _____ SEGUNDO APELLIDO: _____

CORREO ELECTRONICO: _____ TELEFONO CONTACTO: _____

PARENTESCO (familiar directo): CÓNYUGE CONCUBINO(A) HERMANO(A) PADRES OTRO: _____

SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO

NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA: _____ NUMERO DOCUMENTO IDENTIDAD: _____

PAGO DIRECTO REEMBOLSO

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

SOLICITUD DE PRESTACIÓN: LACTANCIA SEPELIO INCAPACIDAD TEMPORAL MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()

ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: SI NO FECHA CONTINGENCIA: _____ FECHA DE CESE: _____

PERIODO SUBSIDIADO: INICIO _____ FIN _____ N° DIAS: _____ MONTO \$/ _____

LLENADO SÓLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: PRIVADO PÚBLICO

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES) SOLO INCAPACIDAD TEMPORAL

N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS	N° C.M.P	PERIODO DE DESCANSO		N° DIAS
	DEL	AL			DEL	AL			DEL	AL	

SEPELIO

A. Los datos del comprobante a reembolsar son: FACTURA BOLETA DE VENTA RECIBO POR HONORARIOS

Empresa emisora		Serie	N°	F. emisión	Importe \$/
RUC	Razón Social				

- B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe onrar el nombre del fallecido
- C. Los gastos del asegurado titular fallecido:
- NO han sido cubiertos por entidades públicas o privadas
 - NO corresponde a un asegurado obligatorio del Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) fallecido por accidente de trabajo o enfermedad profesional.
- D. El asegurado titular falleció por: Muerte por Accidente de Trabajo o Enfermedad Profesional ()
 Muerte Natural ()
 Muerte Súbita y/o Violenta (Incluye Accidente de Tránsito y Daño causado por tercero) ()

El (los) firmante(s) declara(n) bajo juramento que la información consignada y la documentación que se adjunta a la presente declaración es verdadera, no es adulterada, sujeta al principio de veracidad y fiscalización posterior establecida en numeral 1.7 y 1.16 del Artículo 4º del Título Preliminar del TUO de la Ley de Procedimiento Administrativo General 27444

Asimismo, tiene conocimiento que, de comprobarse falsedad en la declaración, información o documentación presentada, se encuentra obligado(a) a resarcir los daños ocasionados, así como asumir la responsabilidad penal a que hubiere lugar.

Declaro bajo juramento que he recibido de mi empleador el importe de \$/ _____ como pago de prestaciones económicas, por las cuales la Entidad Empleadora solicita el reembolso. En el caso de Subsidio de Maternidad o Incapacidad Temporal: SI NO

¿ESTÁ AFILIADO AL SCTR? SI NO INCAPACIDAD O FALLECIMIENTO CAUSADO POR UN TERCERO: SI NO

USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO	USO DE ESSALUD
Firma y Sello de Representante Legal de Entidad Empleadora	Firma del Asegurado o Beneficiario	Firma y Sello de EsSalud
Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	Tipo Doc.: DNI <input type="checkbox"/> CE <input type="checkbox"/> PASAPORTE <input type="checkbox"/>	N° de NIT o EXP.: _____
Número: _____	Número: _____	Se adjunta _____ folios.

Mediante la presente se autoriza la presentación de la solicitud y seguimiento al trámite mismo a _____ con DNI _____ en representación de mi persona.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO 1040

¿Cuándo utilizar este formulario?

El formulario 1040 es para uso del asegurado o beneficiario cuando solicite el pago directo de las prestaciones económicas por lactancia, sepelio, maternidad o incapacidad temporal para el trabajo, así como para las entidades empleadoras cuando soliciten el reembolso de los subsidios otorgados a su trabajador por maternidad o incapacidad temporal para el trabajo.

¿Cómo lleno el formulario?

I. INFORMACION DE ASEGURADO TITULAR

En Datos de **ASEGURADO TITULAR**: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería () Pasaporte; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres.

En Datos del **EMPLEADOR**: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () RUC () CIE (Código de Inscripción de Empleador del hogar) y consignar el número correspondiente.
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

II. INFORMACION DEL BENEFICIARIO Sólo en el caso de prestación económica por lactancia (madre derechohabiente o madre gestante de hijo extramatrimonial) o sepelio (familiar directo o tercero).

En Datos del **BENEFICIARIO**: Marcar con un aspa el tipo de documento de identidad

- () DNI () Carnet de Extranjería; y consignar el número del documento.
- Consignar el apellido paterno, apellido materno y nombres
- Registrar el correo electrónico y teléfono de contacto. (* Obligatorio).

En caso de **PARENTESCO (familiar directo)**, marcar con un aspa según corresponda

- () Conyuge () Concubina(o) () Hermano (a) () Otros (precisar el parentesco) () Tercero.
- En caso de **marcar tercero** consignar nombres y apellidos del familiar que autoriza, N° de documento de identidad y firma

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

Marcar con un aspa si es Pago Directo o Reembolso

Marcar con un aspa si es: () Lactancia () Sepelio () Incapacidad Temporal () Maternidad

- De marcar **maternidad** señalar si corresponde a () Primera armada () Segunda armada, o () Total.

Marcar con un aspa si el asegurado titular tiene vínculo laboral a la fecha de la contingencia.

- Indicar **FECHA DE CONTINGENCIA**: día/mes/año
- Lactancia: (Fecha de nacimiento del menor)
- Sepelio: (Fecha de fallecimiento del asegurado)
- Incapacidad Temporal: (Fecha de inicio de la incapacidad)
- En caso de no contar con vínculo laboral indicar la **FECHA DE CESE**: día/mes/año.
- Indicar **PERIODO SUBSIDIADO**: INICIO: día/mes/año FIN: día/mes/año -Indicar **DIAS** a Subsidiar.
- Indicar **MONTO**: Importe sin céntimos con redondeo a sol si es igual o mayor a 0.50.
- En caso de **TRABAJADOR DOCENTE**, marcar con un aspa si es Privado o Público.

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

En 20 **PRIMEROS DÍAS** (*): Solo para Incapacidad Temporal para el Trabajo, indicar los datos solicitados. Número de Colegio Médico, periodo de descanso DEL: día/mes/año AL: día/mes/año; y N° de días.

*si supera los recuadros adjuntar un anexo

En **SEPELIO**: marcar con un aspa el tipo de Comprobante de Pago que sustenta el reembolso:

- () Factura () Boleta de Venta () Recibo por Honorarios.
- Registrar los datos del comprobante: N° RUC, Razón Social, Serie (Nro), N° (número de comprobante), Fecha de emisión: día/mes/año, Importe
- Marcar con un aspa, las causas de fallecimiento: muerte natural, muerte accidental o muerte súbita.

En el recuadro de **DECLARACION BAJO JURAMENTO**: consigne el importe en números y letras del importe del subsidio pagado al trabajador por la entidad empleadora. Aplicable para modalidad de Reembolso.

Seguro Complementario de Riesgo(SCTR): marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

Incapacidad o fallecimiento causado por terceros: marcar con un aspa el recuadro que corresponda.

RECUADRO USO DE ENTIDAD EMPLEADORA (Solo para Incapacidad Temporal y Maternidad): Colocar firma del representante legal o funcionario autorizado y sello de la entidad empleadora y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

RECUADRO USO DE ASEGURADO O BENEFICIARIO: Colocar firma del asegurado o beneficiario y marcar con un aspa el tipo de documento de identidad y consignar su número.

En caso el trámite lo realice una tercera persona (reemplaza Carta Poder) escribir los nombres y apellidos, así como el número de documento de identidad de la persona a quien autoriza la presentación y seguimiento de la solicitud.

Escribir con letra legible sin borrones ni enmendaduras.

Apellidos y Nombres:

Indicar las doce últimas remuneraciones inmediatamente anteriores a la contingencia (no incluye gratificaciones ni bonificaciones por vacaciones).

Mes	Año										
S/.											
S/.		S/.		S/.		S/.		S/.		S/.	


Firma del Asegurado Titular

Firma y Sello de la Entidad Empleadora