



DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN

UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL DORADO

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

I.E. N° 0685 COD. MODULAR N°12059470



BUENOS AIRES, 03 DE NOVIEMBRE DEL 2024

OFICIO N°024-2024-DRESM-UGEL/ED-I.E. N°0685-BUENOS AIRES

Señor:

Director de la Unidad de Gestión Educativa Local de El Dorado

ASUNTO: REMITE PARTE MENSUAL DE ASISTENCIA MES DE OCTUBRE DEL 2024

Me dirijo a su despacho para saludarle cordialmente a nombre de la Institución Educativa N°0685 del centro poblado Buenos Aires del distrito de San Martín, Provincia El Dorado, Región San Martín, así mismo a través del presente documento remito **EL PARTE MENSUAL DE ASISTENCIA (ANEXOS 3 Y 4 - R.S.G. N° 326-2017-MINEDU) CORRESPONDIENTE AL MES DE OCTUBRE DEL 2024**, de acuerdo a las normas establecidas por el Ministerio de Educación, para su conocimiento y trámite correspondiente.

Es propicia la oportunidad para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,





Prof. Santes Tantaleán Carranza
DIRECTOR (e)

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL DORADO
 NORMAS PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIA Y SU APLICACIÓN EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS DE LOS PROFESORES Y AUXILIARES DE EDUCACIÓN, EN EL MARCO DE
 LA LEY DE REFORMA MAGISTERIAL Y SU REGLAMENTO (R.S.G. N° 326-2017-MINEDU)
 ANEXO 03

FORMATO 01: REPORTE DE ASISTENCIA DETALLADO

UGEL: _____ MES: **OCTUBRE** AÑO: **2024** TURNO: **MAÑANA**
 INSTITUCIÓN EDUCATIVA: **685**
 NIVEL EDUCATIVO Y MODALIDAD: **PRIMARIA DE MENORES** LUGAR: **BUENOS AIRES**
 CODIGO MODULAR: 12059470 COD. LOCAL: **801915** REG./PROV./DIST: **SAN MARTÍN-EL DORADO-SAN MARTÍ**

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	CONDICION LABORAL	JORNADA LABORAL	DIAS CALENDARIO																														
						1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
						ma	mi	ju	vi	sa	do	lu	ma	mi	ju	vi	sa	do	lu	ma	mi	ju	vi	sa	do	lu	ma	mi	ju	vi	sa	do	lu	ma	mi	ju
1	27745360	TANTALEÁN CARRANZA, SANTOS	Director	Contratado	30	A	A	A	A																											
2	40350791	GARCÍA RIVERA, AURELIA	Profesor	Contratado	30	A	A	A	A																											
3	00924365	SEGUNDO SCHRADER HIDALGO	Profesor	Nombrado	30	J	J	A	A																											
4																																				
5																																				
6																																				
7																																				
8																																				
9																																				
10																																				
11																																				
12																																				
13																																				
14																																				
15																																				
16																																				
17																																				
18																																				
19																																				
20																																				
21																																				
22																																				
23																																				
24																																				
25																																				

OBSERVACIONES: COLOCAR FERIADOS EN CASO DE SERLO U OTRAS FECHAS ESPECIALES

LEYENDA:

A	Día laborado
I	Inasistencia injustificada
3T	Tercera tardanza, considerada como inasistencia injustificada
J	Inasistencia justificada (licencias, permiso, vacaciones)
L	Licencia sin goce de remuneración
P	Permiso sin goce de remuneración
T	Tardanza
H	Huelga o paro
	LOS DIAS NO LABORABLES Y FERIADOS DEJAR VACIO



SANTOS TANTALEÁN CARRANZA
 DIRECTOR

LUGAR Y FECHA: BUENOS AIRES, 03 DE NOVIEMBRE DEL 2024



BEATRIZ LABAN CHINCHAY
 REPRESENTANTE DEL CONEJ

UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCALEL DORADO
NORMAS PARA EL REGISTRO Y CONTROL DE ASISTENCIA Y SU APLICACIÓN EN LA PLANILLA ÚNICA DE PAGOS DE LOS PROFESORES Y AUXILIARES DE EDUCACIÓN, EN EL MARCO DE LA
LEY DE REFORMA MAGISTERIAL Y SU REGLAMENTO (R.S.G. N° 326-2017-MINEDU)
ANEXO 04

FORMATO 02: REPORTE CONSOLIDADO DE INASISTENCIAS, TARDANZAS Y PERMISOS SIN GOCE DE REMUNERACIÓN

UGEL: EL DORADO

MES:

OCTUBRE

AÑO: 2024

TURNO:

MAÑANA

INSTITUCIÓN EDUCATIVA:

685

NIVEL EDUCATIVO Y/O MODALIDAD:

PRIMARIA DE MENORES

LUGAR:

BUENOS AIRES

CODIGO MODULAR:

:12059470

REG/PROV/DIST:

SAN MARTÍN-EL DORADO-SAN MARTÍ

N°	DNI	APELLIDOS Y NOMBRES	CARGO	CONDICION LABORAL	JORNADA LABORAL	Inasistencias		Tardanza		Permisos SG		Huelga	Observaciones
						Días		Horas (*)	Minutos(*)	Horas (*)	Minutos(*)	Días	
1	27745360	TANTALEÁN CARRANZA, SANTOS	Director	Contratado	30	0		0	0	0	0	0	SIN NOVEDAD
2	40350791	GARCÍA RIVERA, AURELIA	Profesor	Contratado	30	0		0	0	0	0	0	SIN NOVEDAD
3	00924365	SEGUNDO SCHRADER HIDALGO	Profesor	Nombrado	30	4		0	0	2	0	0	JUST. 1, 2, 28, 29, 30 Y 31 ENFERMEDAD
4	0	0											
5	0	0											
6	0	0											
7	0	0											
8	0	0											
9	0	0											
10	0	0											
11	0	0											
12	0	0											
13	0	0											
14	0	0											
15	0	0											
16	0	0											
17	0	0											
18	0	0											
19	0	0											
20	0	0											
21	0	0											
22	0	0											
23	0	0											
24	0	0											
25	0	0											

LUGAR Y FECHA:

BUENOS AIRES, 03 NOVIEMBRE DEL 2024



PROF. SANTOS TANTALEÁN CARRANZA
DIRECTOR



DANY BEATRIZ LAVAN CHINCHAY
REPRESENTANTE DEL CONEI



Firmado digitalmente por:
CAPPILLO TORRES Jose
Orestes FAU 20131257750 hard
Motivo: Soy el autor del
documento
Fecha: 02/10/2024 08:51:53-0500

Formulario 8003 - I

USUARIO

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO
CITT No. : A-279-00017922-24

Acto Medico: 2815977
Servicio: AC1 MEDICINA INTERNA

Nombre Asegurado: SCHRADER HIDALGO SEGUNDO
Doc. de Identidad: D.N.I. 00924365
Autogenerado: 6808091SRHAS007

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

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 30/09/2024
Fecha Fin: 02/10/2024
Total de Dias: 3
F. de Otorgamiento: 02/10/2024

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 3
No Consecutivos: 2

PP.SS. Tratante MEDICO 32889
CAPPILLO TORRES JOSE
RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 5

Usuario: CAPPILLO TORRES JOSE ORESTES
Fecha: 02/10/2024 Hora: 08:52:24

Revisado
03-10-2024
H 09:00 a.m.



SOLICITA: LICENCIA CON GOCE DE HABER POR INCAPACIDAD
TEMPORAL.

SEÑOR:
DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL
SAN JOSÉ DE SISA-EL DORADO.

SEGUNDO SCHRADER HIDALGO, identificado con DNI.00924365, con domicilio real en el distrito Santoja provincia El Dorado, región San Martín, de 56 años de edad, estado civil conviviente, ante usted con el mayor respeto me presento y expongo:

Que, al encontrarme mal de salud, estoy asistiendo al Hospital de la DISA en San José de Sisa, para hacer las consultas médicas y luego ser derivado al Hospital II de ESSALUD de Tarapoto, de la región San Martín. En tal sentido solicito licencia con goce de haber por los días, 28, 29, 30 y 31 del presente mes.

Adjunto al presente Certificado Médico expedido por el Médico por los días 27 y 28 de octubre del 2024.

POR TANTO. -Solicito acceder a lo solicitado por ser justicia.

Atentamente.



Segundo Schrader Hidalgo
DNI.00924365



COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ CONSEJO NACIONAL

CERTIFICADO MÉDICO

Consejo Regional XV San Martín

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° 094101

Certifica:

Haber atendido al señor Segundo Schrader Hidalgo, de 56 años, con DNI N° 00924365, domiciliado en calle Comercio s/N - Shatojo el cual viene a la consulta por presentar el diagnóstico:

① Leishmaniasis, no especificada
CIE 10 (B55.9)

② Síndrome febril
CIE 10 (R50.9)

Por lo cual se brinda tratamiento vía endovenosa y tratamiento vía oral, motivo por el cual se otorga descanso médico desde el 27/10/24 al 28/10/24

Se emite el siguiente a solicitud del interesado para los fines que este considere necesario.

Cristian Castro Mori
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 094101

Fecha

27/10/24 N° 0046443

20
DÍAS

CONSEJO NACIONAL



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El(a) asegurado (a) don (ña):

Schroeder Hidalgo

Con carné N° Segundo

A concurrido a nuestro Centro Asistencial por motivos de

FA = Salud

A días 30-10-2024

A solicitud del interesado

hora de atención 7 am 11 am

Fecha y firma

30/10/2024

LUIS A. DIAZ SANCHEZ
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 41415
EsSalud



CONSTANCIA DE ATENCIÓN

El(a) asegurado (a) don (ña): SEHRADER

HIDALGO SEGUNDO

Con carné N°

A concurrido a nuestro Centro Asistencial por motivos de

CITA LABORATORIO

A días 31/OCT/24

A solicitud del interesado FINES CONVENIENTE

hora de atención

Fecha y firma

