

SOLICITA: LICENCIA CON GOCE DE HABERES

SEÑORA:
DIRECTORA DE LA UGEL EL DORADO
SAN JOSÉ DE SISA. -

De mi consideración :

REÁTEGUI VALLES ROSA MERCEDES,
identificada con DNI N° 00917467 y con domicilio en el Jr. Nereo Cabello S/N del
Distrito de San José de Sisa, ante usted con el debido respeto que se merece
me presento y expongo:

Que, encontrándome delicada de salud en la ciudad
de Tarapoto y a la fecha con Diagnóstico Reservado, recurro a solicitarle Licencia
con Goce de Haberes a partir del 02-04-2022 al 18-04-2022, haciendo un total
de 17 días y adjuntando el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo
N° A-279-00013286-22 del servicio de Neurología.

POR LO EXPUESTO:

Señora Directora, ruego acceder a mi solicitud por ser de justicia que espero
alcanzar.

Tarapoto, 04 de abril de 2022.



REÁTEGUI VALLES ROSA MERCEDES
RECURRENTE

C.C.
Archivo

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 279 - H.II TARAPOTO
CITT No. : **A-279-00013286-22**

Acto Medico: 1397633
Servicio: AF1 NEUROLOGIA

Nombre Asegurado: REATEGUI VALLES ROSA MERCEDES
Doc. de Identidad: D.N.I. 00917467
Autogenerado: 5805030RTVLR008

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

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 02/04/2022
Fecha Fin: 18/04/2022
Total de Dias: 17
F. de Otorgamiento: 02/04/2022

DIAS ACUMULADOS

Consecutivos: 17
No Consecutivos: 0

PP.SS. Tratante MEDICO 41661
CONISLLA HUAROTO MELENDES
RUC: 20187348341

OBSERVACIONES

Dias de Incapacidad Temporal Acumulado: 66

Usuario: CONISLLA HUAROTO MELENDES RIGOBERTO
Fecha: 02/04/2022 Hora: 09:49:52

Dr. Rigoberto Comislla Huaroto
MEDICO NEUROLOGO
C.M.P. ANEST RNE 25286
RED ASISTENCIAL TARAPOTO
F. Salud



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

ABRIL - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL1990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

MENSAJE

Conoce cómo realizar una denuncia y a que instancias recurrir. Infórmate.



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



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

MAYO - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL1990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

JUNIO - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL1990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

JULIO - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Grat.Aguinaldo	S/ 300.00	DL19990 SNP	S/ 223.11
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	Derr Magisteria quintacat	S/ 22.00 S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,940.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,682.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

AGOSTO - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL1990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

SETIEMBRE - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL19990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

MENSAJE

Inscríbete en el Concurso Nacional de Buenas Prácticas Docentes 2021 desde el 1 hasta el 30 de setiembre. Visita www.minedu.gob.pe/buenaspracticasdcentes



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



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

OCTUBRE - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL19990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

MENSAJE

¡Ya inició el proceso de reasignación 2021 por unidad familiar e interés personal! Si deseas postular infórmate en <https://www.minedu.gob.pe/reforma-magisterial/licencias.php>



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



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

NOVIEMBRE - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL19990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 22.00
		quintacat	S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,382.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

MENSAJE

Conoce cómo postular a una encargatura y acceder así a un cargo de mayor responsabilidad en <https://www.minedu.gob.pe/reforma-magisterial/encargo.php>



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



CÓDIGO MODULAR- SECUENCIAL
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

DICIEMBRE - 2021

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Grat.Aguinaldo	S/ 300.00	DL19990 SNP	S/ 223.11
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	Derr Magisteria quintacat	S/ 22.00 S/ 12.56
TOTAL INGRESOS	S/ 2,940.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 257.67



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,682.66 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

ENERO - 2022

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
Bonif.Escolar	S/ 400.00	DL19990 SNP	S/ 223.11
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	Derr Magisteria quintacat	S/ 22.00 S/ 3.23
TOTAL INGRESOS	S/ 3,040.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 248.34



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,791.99 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

FEBRERO - 2022

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,640.33	DL1990 SNP	S/ 223.11
		Derr Magisteria	S/ 23.00
		quintacat	S/ 3.23
TOTAL INGRESOS	S/ 2,640.33	TOTAL DESCUENTOS	S/ 249.34



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,390.99 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,716.21

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
1000917467-285001

BOLETA DE PAGO

MARZO - 2022

DATOS PERSONALES		TIPO DE PLANILLA ACTIVO
APELLIDOS REATEGUI VALLES	NOMBRES ROSA MERCEDES	D.N.I 00917467
CENTRO DE TRABAJO I.E. 0272 ANDREZ REATEGU I - SAN JOSE DE SISA	CARGO PROFESOR	TIPO SERVIDOR Docente Nombrado
RÉGIMEN LABORAL Ley Nro 29944	VÍNCULO LABORAL INGRESO:11/05/1981 TÉRMINO:31/12/2099	ENTIDAD BANCARIA BCO. NACION
LEYENDA PERMANENTE RDSRE 0420 98 REGUL	DOC. DE REFERENCIA ---	RÉGIMEN PENSIONARIO Ley 19990
JORNADA LABORAL 30	DÍAS/MENSUAL 30	ESCALA MAGISTERIAL Escala 2
SITUACIÓN Habilitado	NIVEL EDUCATIVO EBR Nivel Primaria	CÓDIGO PLAZA NEXUS 1124213111P0
DÍAS DE INASISTENCIA 0	TARDANZA (HH:MM) 00:00	DÍAS DE LICENCIA 0

CÓDIGO MODULAR IE
0303594

INGRESOS		DESCUENTOS	
CONCEPTO	MONTO	CONCEPTO	MONTO
RIM_Ley 29944	S/ 2,750.22	DL1990 SNP	S/ 232.39
		Derr Magisteria	S/ 23.00
		quintacat	S/ 3.23
TOTAL INGRESOS	S/ 2,750.22	TOTAL DESCUENTOS	S/ 258.62



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

TOTAL LÍQUIDO S/ 2,491.60 **AFECTO A CARGAS SOCIALES** S/ 1,787.64

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.



SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS

Formulario 1040
(versión 01)

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NÚMERO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

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

DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO		
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

		<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO
SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()	
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA	FECHA DE CESE: DD/MM/AA
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA	FIN DD/MM/AA	N° DIAS:	MONTO S/
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO			

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA

20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) 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	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	

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/
				DD/MM/AA	
				DD/MM/AA	

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar 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 el 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.

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

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

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL 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 N° en representación de mi persona.

I. INFORMACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA <input type="checkbox"/> PASAPORTE		NÚMERO
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
DATOS DEL EMPLEADOR: <input type="checkbox"/> RUC <input type="checkbox"/> CIE (COD INSCRIP. EMPLEADOR TRABAJADOR DEL HOGAR TH)		NÚMERO
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:

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

DATOS DEL BENEFICIARIO: <input type="checkbox"/> DNI <input type="checkbox"/> CARNET DE EXTRANJERÍA		NÚMERO
PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	NOMBRES
CORREO ELECTRÓNICO:		TELÉFONO CONTACTO:
PARENTESCO (familiar directo): <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> CONCUBINO(A) <input type="checkbox"/> HERMANO(A) <input type="checkbox"/> PADRES <input type="checkbox"/> OTRO: <input type="checkbox"/> TERCERO		
SOLO SI EL BENEFICIARIO ES TERCERO		
NOMBRE DE FAMILIAR QUE AUTORIZA	NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIDAD	FIRMA

III. SOLICITUD DE PRESTACIONES ECONÓMICAS:

		<input type="checkbox"/> PAGO DIRECTO	<input type="checkbox"/> REEMBOLSO
SOLICITUD DE PRESTACIÓN: <input type="checkbox"/> LACTANCIA <input type="checkbox"/> SEPELIO <input type="checkbox"/> INCAPACIDAD TEMPORAL <input type="checkbox"/>		MATERNIDAD: 1RA () 2DA () TOTAL ()	
ASEGURADO TITULAR CON VÍNCULO LABORAL A LA FECHA DE CONTINGENCIA: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		FECHA CONTINGENCIA: DD/MM/AA	FECHA DE CESE: DD/MM/AA
PERIODO SUBSIDIADO: INICIO DD/MM/AA - FIN DD/MM/AA		N° DIAS:	MONTO S/
LLENADO SOLO POR TRABAJADOR DOCENTE: SECTOR: <input type="checkbox"/> PRIVADO <input type="checkbox"/> PÚBLICO			

IV. INFORMACIÓN COMPLEMENTARIA
20 PRIMEROS DÍAS (CERTIFICADOS MÉDICOS PARTICULARES Y/O CITT) 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	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	
	DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA			DD/MM/AA	DD/MM/AA	

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/	
				DD/MM/AA		
				DD/MM/AA		

B. En el Comprobante de Pago (sustento del gasto) debe obrar 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 el 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.

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

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

DIRECCIÓN DEL TITULAR, BENEFICIARIO O EMPLEADOR:

USO DE LA ENTIDAD EMPLEADORA (EN CASO DE MATERNIDAD E INCAPACIDAD TEMPORAL)	USO DEL 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 N° en representación de mi persona.