



RESOLUCIÓN DE OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS N°
001- 2024 – MPCH

San Juan de la Frontera de los Chachapoyas, 09 ENE 2024

VISTO:

La solicitud de licencia por maternidad de fecha 05 de enero de 2024 con Registro de Trámite N° 24475, y;

CONSIDERANDO:

Que, la Municipalidad Provincial de Chachapoyas es un órgano de Gobierno Local con autonomía política, económica y administrativa en asuntos de su competencia, conforme lo dispone el artículo 194° de la Constitución Política del Perú, modificado por la Ley N° 30305, concordante con el artículo II del Título Preliminar de la Ley Orgánica de Municipalidades N° 27972, adoptando para su administración una estructura gerencial, sustentándose en principios de programación, dirección, ejecución, supervisión y control concurrente;

Que, conforme lo establece el artículo 8° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, la administración municipal está integrada por los funcionarios y servidores públicos, que prestan servicios, los mismos que se encuentran sujetos al Régimen Laboral General aplicable a la administración pública, conforme a Ley;

Que, el artículo 23 de la Constitución Política del Perú establece que el Estado protege especialmente a la madre;

Artículo 23.- El trabajo, en sus diversas modalidades, es objeto de atención prioritaria del Estado, el cual protege especialmente a la madre, al menor de edad y al impedido que trabajan.

(...)

Que, de acuerdo a lo establecido en el inciso g) del artículo 6° del Decreto Legislativo N° 1057, Ley que crea el Régimen Especial de Contratación Administrativa de Servicios, modificado por el artículo 2° de la Ley N° 29849 Ley que establece la eliminación progresiva del Régimen Especial del Decreto Legislativo N° 1057, el Contrato Administrativo de Servicios otorga al trabajador, entre otros derechos, "Licencias con goce de haber por maternidad, paternidad y otras licencias a las que tienen derecho los trabajadores de los regímenes laborales generales". De este modo se extiende a los trabajadores del régimen CAS las licencias reconocidas en los regímenes de los Decretos Legislativos N° 276 y 728;

Que, el Reglamento del Decreto Legislativo N° 1057, en su artículo 12° numeral 12.1 inciso b), establece que se suspende la obligación de prestación de servicios por ejercicio del derecho al descanso pre y post natal, conforme a lo regulado por la Ley N° 26644, que establece la facultad de la madre trabajadora para hacer goce del descanso pre y post natal;

Que, el artículo 1° de la Ley N° 26644, Ley que precisa el goce de derecho de descanso prenatal y posnatal de la trabajadora gestante, modificado por el artículo 2° de la Ley N° 30367, Ley que protege a la madre trabajadora contra el despido arbitrario y prolonga





RESOLUCIÓN DE OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS N°
001-2024 – MPCH

su periodo de descanso, establece que es derecho de la trabajadora gestante gozar de cuarenta y nueve (49) días de descanso prenatal y cuarenta y nueve (49) de posnatal;

Que, de acuerdo al numeral 4.1 del artículo 4° del Reglamento de la Ley N° 26644, aprobado por Decreto Supremo N° 005-2011-TR, modificado por el artículo 1° del Decreto Supremo N° 002-2016-TR, señala que para el goce del descanso pre natal la trabajadora gestante presentará al empleador el correspondiente Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CITT) por maternidad, expedido por ESSALUD, o en su defecto el Certificado Médico en el que conste la fecha probable del parto;

Que, el artículo 38° del Reglamento Interno de los Servidores Civiles de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas aprobada por Resolución de Alcaldía N° 195-2021-MPCH, regula los supuestos de las licencias por descanso pre y post natal;

Que, mediante el documento del Visto, la servidora Elda Huamán Mendoza, contratada bajo el Régimen Laboral del Decreto Legislativo 1057 – CAS, solicita Licencia por Maternidad (Pre y Post Natal), por un periodo de noventa y ocho (98) días, que regirá a partir del 05 de enero de 2024 al 11 de abril de 2024; adjuntando para dicho efecto el Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo – CITT N° A-155-00010061-24, EE.SS 155 – H.I. Higos Urco, Acto Médico 711455;

Que, mediante Resolución de Alcaldía N° 0461-2022-MPCH, de fecha 15 de diciembre de 2022, en su artículo segundo se Resuelve: INDICAR, que de acorde a lo indicado por la Oficina de Gestión de Recursos humanos en el INFORME N° 0182-2022-MPCH/OGAF-OGRH, de fecha 22 de junio de 2022, los contratos administrativos de servicios de los (as) trabajadores de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas, sujetos al Régimen del Decreto Legislativo N° 1057 (RECAS – al amparo del primer párrafo del artículo 4° de la Ley N° 31131) tienen carácter indefinido...) encontrándose la Sra. Elda Huamán Mendoza comprendida dentro de la presente ley, según numeral 25 del Anexo I;

Que, conforme lo prescrito en el artículo 37° del Reglamento Interno de los Servidores Civiles de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas aprobada por Resolución de Alcaldía N° 195-2021-MPCH, se prescribe "*Las licencias por enfermedad o accidente que generen incapacidad temporal, se conceden de acuerdo al periodo prescrito en el correspondiente certificado médico. No puede otorgarse por periodos superiores a 11 meses y 10 días.*

El abono de los primeros veinte (20) días calendario corresponde a la MPCH. En caso que la incapacidad persista, el pago respectivo el pago se efectúa mediante subsidio de ESSALUD, de conformidad con la normatividad legal vigente sobre la materia".

De conformidad a ello y habiéndose presentado el Certificado Médico, que sustenta la Incapacidad Temporal, la Municipalidad Provincial de Chachapoyas va realizar el abono de los veinte (20) días calendario;

Que, con respecto a su solicitud de licencia por maternidad pre y post natal, la entidad reconoce la licencia por maternidad por el periodo de noventa y ocho (98) días y el pago que genera dicha licencia, se va efectuar a través de los subsidios por maternidad que otorga ESSALUD, conforme lo establecido en el artículo 38° del RIS:



Edu
Elda Huamán Mendoza

70983462

12/01/24

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL
CHACHAPOYAS
OFICINA DE GESTION DE
RECURSOS HUMANOS

12 ENE. 2024

RECIBIDO

FIRMA: *[Signature]*
FOLIOS N°: *02* HORA: *14:50*

BY JACQUELINE GARCIA GONZALEZ
SECRETARIA



BY JACQUELINE GARCIA GONZALEZ
SECRETARIA



**RESOLUCIÓN DE OFICINA GENERAL DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS N°
001 - 2024 – MPCH**

“La licencia por descanso pre y post natal se otorga a la servidora civil para el goce de un total de 98 días calendario.

El descanso postnatal se extiende por 30 (treinta) días calendarios adicionales en los casos de nacimiento múltiple.

El goce del descanso prenatal puede ser diferido parcial o totalmente y acumulado al post natal a decisión de la servidora civil gestante, previa presentación del informe médico respectivo que autorice a diferir el inicio del periodo de descanso por maternidad.

La solicitud de licencia debe ser presentada a la Sub Gerencia de Gestión Recursos Humanos acompañada del informe médico respectivo.

El pago que genera dicha licencia, se efectúa a través de los subsidios por maternidad que otorga ESSALUD, de acuerdo a las disposiciones legales vigentes”;

Por los fundamentos expuestos y en mérito a las atribuciones conferidas en el Inciso 6) del Artículo 20° de la Ley N° 27972, Ley Orgánica de Municipalidades, y contando con las visaciones correspondientes;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- OTORGAR licencia por maternidad pre y post natal a la servidora **ELDA HUAMAN MENDOZA**, contratada bajo el régimen laboral del Decreto Legislativo N° 1057 – CAS, por el período de noventa y ocho (98) días, a partir del 05 de enero de 2024 hasta el 11 de abril de 2024, conforme a los fundamentos expuestos en la parte considerativa de la presente Resolución.

ARTÍCULO SEGUNDO.- RECONOCER el abono de los veinte (20) primeros días calendario a la servidora **ELDA HUAMAN MENDOZA**, por encontrarse con incapacidad temporal. El pago de remuneraciones por el descanso de licencia de maternidad (post natal) será subsidiado por ESSALUD, debiendo realizar la servidora los trámites correspondientes ante dicha entidad.

ARTÍCULO TERCERO.- NOTIFICAR la presente Resolución, a la interesada y a las instancias internas de la Municipalidad Provincial de Chachapoyas, para que procedan con el trámite y procedimientos respectivos, a fin de dar cumplimiento al derecho otorgado en la presente, acorde a ley.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y CÚMPLASE.



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE
CHACHAPOYAS
Edwin Jesús Zelada Zavaleta
EFF DE LA OFICINA GENERAL
DE ADMINISTRACIÓN Y FINANZAS



MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE
CHACHAPOYAS

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

Decreto de Alcaldía N° 012-2019-MPCH

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE
CHACHAPOYAS
SELLO Y FIRMA DE RECEPCIÓN
GESTIÓN DOCUMENTARIA

05 ENE 2024

24475

Reg. N°

Folios

Hora

Firma

SEÑOR ALCALDE DE LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CHACHAPOYAS:

I. DATOS DEL SOLICITANTE

Persona Natural

Representante legal:

NOMBRES Y APELLIDOS:

Elda Huamán Mendoza

Persona Jurídica:

RAZÓN SOCIAL:

Tipo y número de Documento:

DNI:

70983762

RUC:

Otro

(Especificar)

II. DOMICILIO REAL Y/O FISCAL: (AV./CALLE/JIRÓN/PSJE./DPTO./MZ./LOTE/URB.)

A.A.H.H Pedro Castro Calle Perú cuadra 6^a

DISTRITO:

chachapoyas

PROVINCIA:

chachapoyas

DEPARTAMENTO:

Amazonas

N° Teléfono o Celular:

996126811

Autorizo que se notifique al siguiente correo electrónico:

III. ASUNTO (SUMILLA DEL PEDIDO):

licencia por Maternidad

IV. FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO:

Que avendo recibido el certificado de incapacidad temporal por el trabajo, numero A-155-00010061-24, otorgado por el doctor Fidel Pesales Aliaga Solicito a SS despacho otorgarme licencia por maternidad a partir del 05 de enero del 2024 al 11 de abril del 2024, mismo que se ampara en la ley 26644 y su reglamento d/05 005-2011-TR

V. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTA:

- certificado de incapacidad temporal
-
-
-
-

MUNICIPALIDAD PROVINCIAL CHACHAPOYAS
OFICINA DE GESTIÓN DE RECURSOS HUMANOS

PROVEIDO N°

FECHA

08/01/2024

EN FAVOR A:

Secretaria

PARA:

Coordinar las acciones respectivas para la emisión de acto resolutorio y demás tramites respectivos

Asimismo, indico que he efectuado el pago por Derecho de Trámite en CAJA de la Municipalidad:

Número de comprobante:

MONTO:

S/

Fecha de emisión de comprobante de pago

...../...../20.....

DECLARO que los datos consignados en el presente, los realizo con carácter de DECLARACIÓN JURADA de conformidad con el Art. 34°, Num. 3 del TUO de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General (D.S. 004-2019-JUS).

Chachapoyas, 05 de enero de 2024

Firma del solicitante o Representante legal

DNI

70983762

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL PARA EL TRABAJO

EE.SS: 155 - H.I HIGOS URCO
CITT No. : **A-155-00010061-24**
Acto Medico: 711455
Servicio: C11 GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Nombre Asegurado: HUAMAN MENDOZA ELDA
Doc. de Identidad: D.N.I. 70983762
Autogenerado: 9404210HMMDE005

Tipo de Atencion: CONSULTA EXTERNA
Contingencia: MATERNIDAD
Med. Control:
F. Prob. de Parto: 10/02/2024

PERIODO INCAPACIDAD

Fecha de Inicio: 05/01/2024
Fecha Fin: 11/04/2024
Total de Dias: 98
F. de Otorgamiento: 05/01/2024

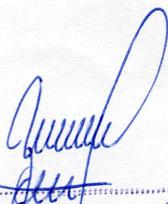


DIAS ACUMULADOS

PP.SS. Tratante MEDICO 26588
PERALES ALIAGA FIDEL
RUC: 20168007168

OBSERVACIONES

Usuario: PERALES ALIAGA FIDEL EDUARDO
Fecha: 05/01/2024 Hora: 15:39:23

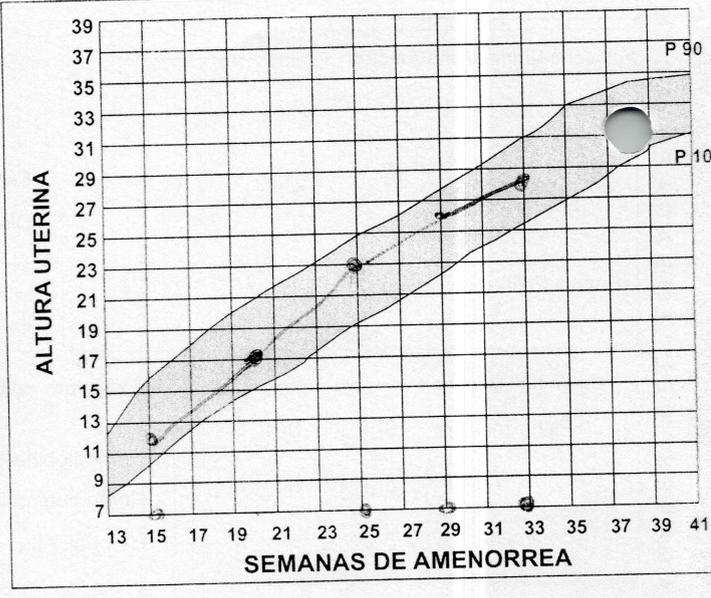
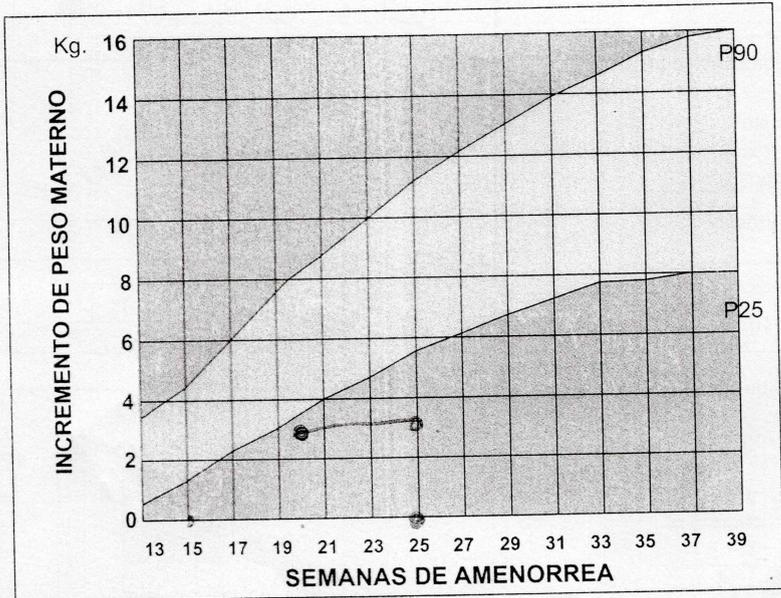


Dr. Fidel Perales Aliaga
MÉDICO CIRUJANO - GINECO OBSTETRA
CMP. 26588 - RNE N° 25114

ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha	21/8/23	25/9/23	25/10/23	24/11/23	26/12/23	/ /	/ /	/ /	/ /
Edad Gest. (semanas)	15.5	20	25.5	29.5	33.5				
Peso madre (Kg)	56 kg	59	59 kg	60 kg	60.200 kg				
Temperatura (°C)	36.6		36.6	36.5	36.1				
Presión art. (mm. Hg)	90/52	95/50	96/59	101/52	97/50				
Pulso materno (por min.)	73	71	76	68	82				
Altura Uterina (cm)	12	17	23	26	28				
Presentación (C/P/T/N/A)	NA	Ludyl	LSE	LSO	LSO				
F.C.F. (x min. /NA)	152x	146x	146x	151x	148x				
Mov. fetal (+/+/+/+/SM/NA)	+	++	+	+	+				
Proteiruria Cualitativa (+/+/+/+/NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH	No Real				
Edema (+/+/+/+/SE)	SIC	0/E	SIC	SIS	SIS				
Reflejo Osteotendinoso (0, +/+/+/+)	+	+	+	+	+				
Examen de pezón (Formado/No form./Sin Exam.)	Formado	Formado	Formado	Formado	Formado				
Indic. Hierro/Ac. Fólico / Calcio	Sal P (30)	OP	Sal P.	Sal P.	Sal P.				
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Im/VIH/TBC/No se hizo/NA)	NA	Xuici	NA	NA	(30)				
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NS/NA)	NA		NA	NA	NA				
Cita (a/m/d)	21-sep.	25-10-23	25-11-23	22-12-23	11-01-24				
Visita domicil. (Si/No/NA)	No	NO	No	No	No				
Plan Parto	SI	NO	No	No	-				
Acompañamiento del familiar (Si/No)	No	NO	NO	No	No				
Estab. de la atención	H.H.	H.H.	H.H.	H.H.	H.H.				
Responsable atención	Jarama	Blanca	Jarama	Jarama	Jarama				

ATENCIÓN INTEGRAL

_____ Vacunas _____ Psicología _____ Psicoprofilaxis _____ VIH
 _____ Nutrición _____ Servicio Social _____ Estimulación Prenatal _____ Odontología



LEVE ESTE DOCUMENTO

DEBE ESPACIO PARA ENTAR PLANIFICADIC

2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030
------	------	------	------	------	------	------	------	------	------

CENTRO A

Ca

*ALY
6701 Multio*

No. HC 32769

= significa ALERTA = requiere seguimiento continuo

Establecimiento: H Ho

Apellidos y Nombre: Ayanna Mendoza Elda

Establ. Origen: No Aplica Referencia

DNI (L.E.) N° 709837162

Dirección: P. s Alva

Localidad: Shushupe Cód. Sector: _____

Departamento: Amazonas Provincia: Shushupe

Distrito: Shushupe

Teléfono: 996126811

Autogenerado: _____

Ocupación: Unip. Pers Edad: 29

Estudios: Analfabeta Primaria Secundaria Superior Superior No Univ. Años aprobados: _____

Estado Civil: Casada Conviviente Soltera Otro Padre RN: Sun

FILIACIÓN Y ANTECEDENTES

Antecedentes obstétricos

Gestas: <u>04</u>	Abortos: <u>7</u>	Vaginales: <u>04</u>	Nacidos vivos: <u>04</u>	Viven: <u>03</u>
0 ó + 3: <input type="checkbox"/>	Partos: <u>04</u>	Cesáreas: <input checked="" type="checkbox"/>	Nacidos muertos: <u>00</u>	Muerto 1ra semana: <u>01</u>
< 2500g: <input type="checkbox"/>	RN de mayor peso: <u>9800</u> g			Después 1ra semana: <u>02</u>
Múltiple: <input type="checkbox"/>				
< 37 sem.: <input type="checkbox"/>				

Gestación Anterior

Fecha 08/10/2019 Per. Si No
 Terminación: Si fue aborto: No
 Tipo de Aborto: Parto Vaginal Cesárea Aborto Ectópico Aborto Molar No Aplica
 Incompleto Completo Frustrado / Retenido Séptico No Aplica
 Lactar Mater: < 6 mese 6 meses o más No aplic
 Lugar del par: EESS Don

Captada: Si No Referida x Ag. Comuni Si No

Antecedentes Familiares

Ninguno <input checked="" type="checkbox"/>	Malaria <input type="checkbox"/>
Alergias <input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/>
Enf. Hipertens. Emb. <input type="checkbox"/>	Hipotiroidismo <input type="checkbox"/>
Epilepsia <input type="checkbox"/>	Neoplasia <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input type="checkbox"/>
Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Otros <input type="checkbox"/>
Emb. Múltiple <input type="checkbox"/>	

Antecedentes Personales

Ninguna <input checked="" type="checkbox"/>	Eclampsia <input type="checkbox"/>	Otras Drogas <input type="checkbox"/>
Aborto habitual/recurrente <input checked="" type="checkbox"/>	Enferm. Congénitas <input type="checkbox"/>	Parto Prolong. <input type="checkbox"/>
Alcoholismo <input type="checkbox"/>	Enferm. Infecciosas <input type="checkbox"/>	Preeclampsia <input type="checkbox"/>
Alergia a medicamentos <input type="checkbox"/>	Epilepsia <input type="checkbox"/>	Prematuridad <input type="checkbox"/>
Violencia <input type="checkbox"/>	Hemorra. Postparto <input checked="" type="checkbox"/>	Reten. placenta <input type="checkbox"/>
Asma Bronquial <input checked="" type="checkbox"/>	Hipertensión arterial <input type="checkbox"/>	Tabaco <input type="checkbox"/>
Cardiopatía <input type="checkbox"/>	Hoja de Coca <input type="checkbox"/>	TBC Pulmonar <input checked="" type="checkbox"/>
Cirugía Pélv.-uterina <input checked="" type="checkbox"/>	Infertilidad <input type="checkbox"/>	Transtorn. Mentales <input type="checkbox"/>
Diabetes <input type="checkbox"/>	Neoplasias <input type="checkbox"/>	VIH/SIDA <input checked="" type="checkbox"/>
	Otros <input type="checkbox"/>	

Vac. Pre

Rubéola
 Hepatitis
 Papilon. Virt.

Peso y Talla

Peso Habitual: 56 Kg
 Talla: 151 cm

Antitetánica

N° Dosis: 2025
 Previa 1ra. Sin dosis No Aplica
 2da. Sin dosis No Aplica

Tipo Sangre

Grupo: A B AB O
 Rh: Rh(+) Rh(-) Sen Desc Rh(-) No Sen Rh(-) Sen

Fuma

N° Cigarri

Drogas

Si

DATOS BASALES DEL EMBARAZO ACTUAL

Fecha Última Menstruación

FUM: 03/09/23 Duda Si No
 EG (Ecografía) 03 Sem. Fecha: 26/06/23
 No Aplica
 Fecha Probable de Parto: 10/02/2024

Hospitalización

Hospitalización: Si No
 Fecha: ___/___/___
 Diagnóstico: _____
 CIE 10: _____

Emergencia

Fecha: ___/___/___
 Diagnóstico: _____
 CIE 10: _____

Violencia / Género

Ficha Tamizaje Si No
 Violencia Si No
 Fecha: 26/08/23

Examen Físico

Clinico: Sin Examen Normal Patológico
 Mamas: Sin Examen Normal Patológico
 Cuello:

Exámenes de Laboratorio

Hemoglobina 1: <u>14</u> Hg(%)	No Se Hizo <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>18/7/23</u>	Negativo <input type="checkbox"/>	Positivo <input type="checkbox"/>	No Se Hizo <input type="checkbox"/>	No Aplica <input type="checkbox"/>	Fe <input type="checkbox"/>
Hemoglobina 2: <u>12.5</u>	No Se Hizo <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>3/10/23</u>	Western Block: <input type="checkbox"/>	HTLV1: <input type="checkbox"/>	TORCH: <input type="checkbox"/>	Gota Gruesa: <input type="checkbox"/>	Fluorec Malaria: <input type="checkbox"/>
Hemogl. Alta: _____	No Se Hizo <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>1/1/23</u>	Ex. Comp. Orina: <input checked="" type="checkbox"/>	Bacteriuria: <input checked="" type="checkbox"/>	Nitritos: <input type="checkbox"/>	Urocultivo: <input type="checkbox"/>	BK en esputo: <input type="checkbox"/>
Glicemia 1: <u>81</u>	Normal <input checked="" type="checkbox"/> Anormal <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>18/7/23</u>					
Glicemia 2: <u>76</u>	No reactiva <input checked="" type="checkbox"/> Reactiva <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>03/10/23</u>					
Tolerancia Glucosa: _____	No reactiva <input type="checkbox"/> Reactiva <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>1/1/23</u>					
VDRL/RPR 1: <input type="checkbox"/>	No Se Hizo <input type="checkbox"/> No Aplica <input type="checkbox"/>	Fecha: <u>18/7/23</u>					