



PERÚ

Ministerio
de Educación

FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITES (F.U.T.)

RM N° 0445-2012-ED DISTRIBUCIÓN GRATUITA

I.- RESUMEN DE SU PEDIDO:

SOICITO: Otorgamiento de bonificación de ley por discapacidad.

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

SEÑORA DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO-ILAVE.

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:	DNI:	01874975	C.E.:		
Apellido Paterno:	MARCA	Apellido Materno:	CCALLO	Nombres:	Herminia
Persona Jurídica:	RUC:				
Razón Social:					

IV.- DIRECCIÓN:

Tipó de vía:	Avenida:	<input checked="" type="checkbox"/>	Jirón:	<input type="checkbox"/>	Calle:	<input type="checkbox"/>	Pasaje:	<input type="checkbox"/>	Carretera:	<input type="checkbox"/>	Prolongación:	<input type="checkbox"/>		
Nombre de la vía:	AVENIDA CIRCUNVALACIÓN													
N° de Inmueble:	Block:	<input type="checkbox"/>	Interior:	<input type="checkbox"/>	Piso:	<input type="checkbox"/>	Mz:	<input type="checkbox"/>	Lote:	<input type="checkbox"/>	Km:	<input type="checkbox"/>	Sector:	<input type="checkbox"/>
Tipo de Zona:														
Urbanización:	<input type="checkbox"/>	Pueblo Joven:	<input type="checkbox"/>	Unidad Vecinal:	<input type="checkbox"/>	Conjunto Habitacional:	<input type="checkbox"/>	Asentamiento Humano:	<input type="checkbox"/>					
Cooperativa:	<input type="checkbox"/>	Residencial:	<input type="checkbox"/>	Zona Industrial:	<input type="checkbox"/>	Centro Poblado:	<input type="checkbox"/>	Caserío:	<input type="checkbox"/>					
Asociación:	<input type="checkbox"/>	Grupo:	<input type="checkbox"/>	Fundo:	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):	<input type="checkbox"/>							
Nombre de zona:	Avenida Circunvalación N° 319 - Ilave													
Referencia:														
Departamento:	PUNO	Provincia:	EL COLLAO	Distrito:	ILAVE									
Teléfonos:	965793821	Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico: <input type="text"/>												

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de **DECLARACIÓN JURADA**

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Que, teniendo conocimiento sobre Oficio Múltiple N° 00011-2025-MINEDU/VMGP-DIGEDD - REF. D.S.N° 020-2023- y las precisiones para la implementación de contratación docente 2025; es que adjunto el documento pertinente de acuerdo al de contrato docente 2025, para el otorgamiento de las bonificaciones de ley.

Razón por el que solicito; se me otorgue la bonificación de ley por discapacidad a la comisión de contrato docente 2025.

POR LO EXPUESTO;

Solicito a la comisión de contrato docente 2025 de la UGEL EL COLLAO; por ser de ley.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

SOLICITUD BONIFICACION DE LEY.

DNI.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD. (copia simple de carnet).

Ilave, 31 de enero 2025

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

Seguimiento de trámite:

https://esinad.minedu.gob.pe/e_sinadmed_4/consultaexterna/loginexterno.aspx

Orientación de trámite:

ORIENTACIONCIUDADANO@MINEDU.GOB.PE

Línea Gratuita:

0800-70000

MINEDU



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00712155
Establecimiento de Salud: 3052 - PILCUYO

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

MARCA CCALLO, HERMINIA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE		
Femenino	48	0	01874975	01874975	PERU	Aimara

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION RENIEC
Puno / El Collao / Ilave	AV. CIRCUMVALACION 319
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION ACTUAL
Puno / El Collao / Ilave	AV. CIRCUNVALACION 319

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
HIPOACUSIA CONDUCTIVA, SIN OTRA ESPECIFICACION	H902	AFECCION RELACIONADA CON EL ESTILO DE VIDA	Y98X

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	1
De La Comunicación	1
Del Cuidado Personal	0
De La Locomocion	0
De La Disposicion Corporal	0
De La Destreza	0
De Situacion	0

- 0 Sin limitación
- 1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
- 2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
- 3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
- 4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
- 5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir
- 6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Discapacidad Leve	X	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada		2 - 3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad
Discapacidad Severa		4 - 6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES

De apoyo

- Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente
- Para marcha y transporte
- Para comunicación, información y señalización
- Otros productos de apoyo

Personales

- Para asearse, vestirse, cocinar y comer
- Dependencia de otra persona

No requiere

- No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- %

¿Es diferido?: Sí

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

EVALUACION POR OTORRINOLARINGOLOGIA

Se recomienda su reevaluación en **6 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **36 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JIRÓN JR- SANTA ROSA S/N BARRIO 18 DE ENERO NÚMERO S/N DISTRITO PILCUYO PROVINCIA EL COLLAO DEPARTAM
Puno - El Collao - Pílcuyo

08 de noviembre del 2024

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

SUCASACA ARCAYA, LUIS BARNARD

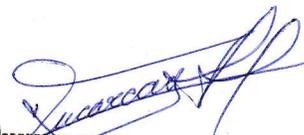
N° CMP

87551

N° RNE

-

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA



 Luis Barnard Sucasaca Arcaya
 C.M.P. 87551
 MEDICO CIRUJANO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO



 Luis Barnard Sucasaca Arcaya
 C.M.P. 87551
 MEDICO CIRUJANO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO



 Blgo. José Luis Tinispe Ticona
 C.B.P. 5962
 JEFE DE AREA

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores?
 (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio

Sí


Republica del Peru
 Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad **RUI: RD542210**


CONADIS
Apellidos: MARCA CCALLO
Nombres: HERMINIA
DNI: 01874975
Discapacidad (CIDDM-OMS): Conducta, Comunicación

ORIGINAL **LEVE**
Diagnóstico (CIE 10): H90.2

CARNE DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS
 Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
RUI: RD542210

Inscripción: 10/12/2024
Emisión: 12/12/2024
Caducidad: 12/12/2034





Lic. CARMEN LOURDES SEVILLA CARRERO
 Directora II de la Dirección de Promoción, Registro e Intervenciones
 para las Personas con Discapacidad

El presente carné, constituye el único documento personal e intransferible que acredita
 la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad
 (Resolución de Presidencia N° 015-2021-CONADIS/PRE de 23/02/2021).