

MINISTERIO DE EDUCACIÓN DIRECCION REGIONAL DE EDUCACION PUNO UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL (EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006923

1. Sumilla: SOLIEITO PRESENTAR EEPTIFICADO DE DISEAPACIDAD DEPECTOR DE LA UNIDAD DE BESTION EDUCATIVA LOCAL EL EDILAD 2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige LILIAM MAMANI CATO 3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos) 4. Cargo actual y Centro de Trabajo 02415415 5. D.N.I. 6. Código Modular AN RINFONADA M2.5 - L. 15 LOS KENUALES 7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle Nº Urbanización Distrito y Prov.) 8. Fundamentación del Pedido SOLIEMO PRESENTAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, ANTE LA COMISTON DE EVALUATION DE EXPEDIENTES PARA EL CONTRATO DOCENTE 2025 PARA EL DIORGAMIENTO DE BONIFICACION POR LEY

9. Documentos que se adjuntan:

17 FUT

2-COPIA DE DNI

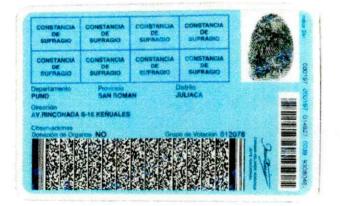
37 COPIA DE CERTIFICADO

DE DISCHPAEIDAD

10. Lugar y Fecha: ILAVE 30 de Enero de 2025

11. Firma:







Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00650961

Establecimiento de Salud

2404 - COLQUEMARCA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

MAMANI CATO, LILIAM

SEXO	EDAD		Nº H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Femenino	Años	Meses	02415415	DNI/LE	PERU	Mestizo
	46	9		02415415		

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION RENIEC

Puno / San Román / Juliaca

AV.RINCONADA S-15 KEÑUALES

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION ACTUAL

Cusco / Chumbivilcas / Santo Tomas

CALLE CONCEPCION S/N

Jenta con certificado emitido anteriormente?

No

A AGUDEZA VISUAL SIN H547
L

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
De La Comunicación	1
Del Cuidado Personal	0
De La Locomocion	2
De La Disposicion Corporal	D
De La Destreza	1
De Situacion	1

- Sin limitación
- 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
- 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		1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	х	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. REQU	ERMIENTO DE PRODUCTO	S DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PER	RSONALES	
De apoyo				
	Para terapia y Mantenimiento	médico esenciales y de uso permanente		
	Para marcha y transporte			
0	Para comunicación, informac	ión y señalización		
	Otros productos de apoyo			
Personal	es			
	Para asearse, vestirse, cocin	ar y comer		
	Dependencia de otra persona	a		
No requi				
	No requiere			
VII. POR	CENTAJE DE RESTRICCIÓN	N EN LA PARTICIPACIÓN		
	6.14 %	¿Es diferido?: No		
VIII. OB:	SERVACIONES Y/O RECOME			
Se recon	sienda su reevaluación en 12 r	meses desde la fecha de expedición.		
ertific	ado tiene una vigencia de 36 i	meses desde la fecha de expedición.		
	Y FECHA DE EMISIÓN			
S/N / CO		OLQUEMARCA / CHUMBIVILCAS / CUSCO S/N CALLE SAN	ANTONIO 04 de junio del 2024	
HUELLA	DIGITAL DEL INDICE DERE	ECHO DEL EVALUADO		
APELLI	DOS Y NOMBRES DEL MEDI	CO QUE CERTIFICA	N° CMP N° RNE	
	REZ CAYO, PEDRO ROGELI		072837 -	
	SELLO DEL MEDICO RTIFICA	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR D ESTABLECIMIENTO	EL
	Pedra R/Gutjerrez/Cay	Pedro R Gutierrez Casa PERIO DE SE MEDIO CIRCUSANO STERIO DE SE MEDIO CAMPO P. 728 97	Pedro Chutierre Cayo Pedro Chutierre Cayo Medico Chujano Medico Chujano MERATURA	

¿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