



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006923

1. Sumilla: SOLICITO PRESENTAR CERTIFICADO
DE DISCAPACIDAD

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO
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

AV. RINCONADA M2.5 - L.15 LOS REÑUALES
7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

SOLICITO PRESENTAR CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD, ANTE LA
COMISIÓN DE EVALUACIÓN DE EXPEDIENTES PARA EL CONTRATO
DOCENTE 2025, PARA EL OTORGAMIENTO DE BONIFICACION POR
LEY

9. Documentos que se adjuntan:

1- FUT

2- COPIA DE DNI

3- COPIA DE CERTIFICADO
DE DISCAPACIDAD

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

11. Firma:

[Firma manuscrita]

	REPUBLICA DEL PERU	Ministerio Nacional de Identificación y Registro Civil	CUI
	DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		N° 02415415-2
	Primer Apellido MAMANI	Fecha Inscripción 08 02 2002	
	Segundo Apellido CATO	Fecha Emisión 27 09 2002	
	Pre Nombres LILIAN	Fecha Caducidad 27 09 2030	
Nacimiento: Fecha y Lugar 22 08 1977 290306 Sexo: Etnia: Gmsh F S			

I<PER02415415<8<<<<<<<<<<<<<<<<
 7708224F3009277PER<<<<<<<<<<<<8
 MAMANI<L LILIAM<<<<<<<<<<<<

CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Departamento
PUNO

Provincia
SAN ROMAN

Distrito
JULIACA

Dirección
AV. RINCONADA 9-15 KENUALES

Observaciones
Denominación de Organismo: **NO**

Grupo de Votación: **012078**

000197 000197 014027 0009 9230046



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		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE		
Femenino	46	9	02415415	02415415	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION RENIEC

Puno / San Román / Juliaca

AV.RINCONADA S-15 KENUALES

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION ACTUAL

Cusco / Chumbivilcas / Santo Tomas

CALLE CONCEPCION S/N

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

CIE

DESPRENDIMIENTO DE LA RETINA CON RUPTURA

H330

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

CIE

DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL SIN ESPECIFICACION

H547

IV. DISCAPACIDAD

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

- 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	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	X 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

6.14 %

¿Es difiendo?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se recomienda su reevaluación en **12 meses** desde la fecha de expedición.Certificado tiene una vigencia de **36 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE CALLE SAN ANTONIO S/N / COLQUEMARCA / CHUMBIVILCAS / CUSCO S/N CALLE SAN ANTONIO
S/N / COLQUEM
Cusco - Chumbivilcas - Colquamarca

04 de junio del 2024

HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

GUTIERREZ CAYO, PEDRO ROGELIO

N° CMP

072837

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICAFIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O
DEPARTAMENTOFIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO

Pedro R. Gutierrez Cayo
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837

Pedro R. Gutierrez Cayo
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA
C.S. COLQUEMARCA

Pedro R. Gutierrez Cayo
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA
C.S. COLQUEMARCA

¿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