



Ministerio de
Educación

Dirección Regional
de Educación Puno

Unidad de Gestión
Educativa Local de Puno



"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

Puno, 03 JUL. 2024

OFICIO N° 1891 -2024-GRP-GDS-DREP-DUGELP/OPER.

SEÑORA:

Dra. NORKA BELINDA CCORI TORO.

DIRECTOR DE LA UNIDAD DE GESTION EDUCATIVA LOCAL EL COLLAO.

El Collao.-

ASUNTO

: COMUNICA ACEPTACION DE DESTAQUE.

REFERENCIA

: OFICIO N° 073-2024-ME/DREP/UGELP/DIESI 32-P

Tengo el agrado de dirigirme a usted; para expresarle nuestro cordial saludo y a la vez de comunicar la **ACEPTACION DE DESTAQUE** por salud a la Institución Educativa Secundaria Industrial 32 de Puno, solicitado por el Profesor **PERCY QUEZADA VELEZ** de la IES "Juan Velasco Alvarado" de Centro Poblado Roscani, de la Unidad de Gestión Educativa Local EL COLLAO, para continuar con el tratamiento correspondiente con atención médica especializada ante EsSalud - Hospital III de Puno; **asimismo se precisa que el mencionado docente debe percibir su remuneraciones de la institución de origen de la UGEL El Collao**, sin exceder el ejercicio presupuestal del año fiscal de 2024.

Sin otro particular, expreso a usted mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Lucio Bellido Díaz
DIRECTOR
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL PUNO

LRO/DUGELP.
NFAW/OPER
C.C.A.

"Consolidando la Autonomía de las Instituciones Educativas"

Jr. Cesar Augusto Sandino N° 225 Chanu Chanu - Puno
www.ugelpuno.edu.pe



UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL - PUNO

"Consolidando la autonomía de las instituciones educativas"

DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO
UGEL - PUNO
OFICINA DE TRÁMITE DOCUMENTARIO

18 JUN 2024

06895

TRÁMITE VIRTUAL

INTERESADO	
Nombre o Razón Social	
24715468 - CARLOS BERNARDO CHAMBI COLQUE	
Email (email de notificación)	N° Celular
chambikf@hotmail.com	984912517

DOCUMENTO		
Documento de Trámite		
Oficio		
N° Documento	Fecha Doc.	Asunto
OFICIO N°073-2024-DREP-UGELPUNO	2024-06-18	ACEPTACION DE DESTAQUE DE PERSONAL DOCENTE EN FORM

Observaciones:

Importante:

- Ud. puede realizar la consulta de la estado de tu trámite en el sitio web del de la Unidad de Gestión Educativa Local - Puno (www.ugelpuno.edu.pe), a través de una lectora de códigos o teléfono celular enfocando el código QR, el celular debe de poseer el software que lo puede descargar de internet.
- La notificación del presente trámite se ha realizado en fecha: 18-06-2024 13:32:46 al email: chambikf@hotmail.com, el mismo que Ud. ha confirmado dicha recepción con lo que se cumple con la respuesta de recepción en la dirección electrónica, según lo establece el Artículo N°20 el TUOr de la Ley N° 27444.



DATOS DEL REGISTRO VIRTUAL		
ID Registro Virtual	Clave	Fecha y Hora
77484	uuflh	18-06-2024 13:32:46





2

INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA "INDUSTRIAL 32" - PUNO
"LUZ A LA MENTE, A LAS MANOS ACCIÓN" - "CUNA DE EMPRENDEDORES"

"AÑO DEL BICENTENARIO, DE LA CONSOLIDACIÓN DE NUESTRA INDEPENDENCIA, Y DE LA CONMEMORACIÓN DE LAS HEROICAS BATALLAS DE JUNIN Y AYACUCHO"

Puno, 18 de junio del 2024

OFICIO N° 073 -2024-ME/DREP/UGELP-DIESI 32-P

SEÑOR : PROF. LUCIO BELLIDO DIAZ
DIRECTOR DE LA UGEL PUNO

ASUNTO : ACEPTACION DE DESTAQUE DE PERSONAL DOCENTE EN FORMA EXCEPCIONAL

REFERENCIA : NORMAS ADMINISTRATIVAS.

=====

Con especial consideración me dirijo a su respetable Despacho, para expresarle un cordial saludo a nombre de la Institución Educativa Secundaria "Industrial 32" de la ciudad de Puno que me honro en dirigir, para manifestarle que, a petición expresa del interesado, por un sentido de humanidad y apoyo al maestro, se acepta el DESTAQUE EXCEPCIONAL POR SALUD DEL PROFESOR PERCY QUEZADA VELEZ, personal del ámbito de la UGEL el Collao, el mismo que debe seguir su tratamiento en ESSALUD III de Salcedo de la Ciudad de Puno; así mismo se precisa que el mencionado docente debe percibir sus remuneraciones de la Institución Educativa de origen.

Se adjunta al presente la petición y otros documentos requeridos del interesado para las acciones que corresponda.

Con la seguridad que la presente merece amable atención, aprovecho la oportunidad para expresarle a Ud., las consideraciones y estima personal.

Atentamente.


Mg. Carlos Bernardo Chambi Colque
DIRECTOR

CBCHC/Dir.IESI.32.P
YAA/Sec:
C.c.Arch.

**SUMILLA: SOLICITA AUTORIZACION DE
DESTAQUE POR SALUD.**

**SEÑOR DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA
"INDUSTRIAL 32" DE LA CIUDA DE PUNO.
MG. CARLOS BERNARDO CHAMBI COLQUE**



Yo, **PERCY QUESADA VÉLEZ**, identificado con Documento Nacional de Identidad N° 01308470, con domicilio en el Jr. Ayacucho N° 655 en la ciudad de Puno, del Distrito, Provincia de Puno, ante Ud. con el debido respeto me presento y expongo lo siguiente:

Que, en virtud a lo dispuesto por Resolución Viceministerial N° 150-2022-MINEDU, numeral 6.3.3., recurro ante su Despacho con la finalidad de solicitarle **AUTORIZACIÓN DE DESTAQUE POR SALUD**, en mi condición de Docente nombrado de la I.E.S. "Juan Velasco Alvarado" del centro poblado de Rosacani, del distrito de Ilave, jurisdicción de la UGEL. El Collao, en vista que el suscrito requiero de atención médica especializada ante EsSalud – Hospital III – Puno, de manera permanente, en ese orden de ideas pido ser desplazado a una institución educativa más cercano de la UGEL Puno, con la finalidad de continuar con el tratamiento correspondiente, con tal fin adjunto los documentos pertinentes.

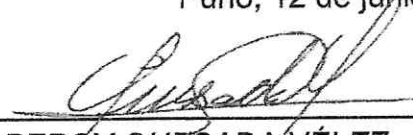
POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted, señor Director acceder a lo solicitado.

AL OTROSI DIGO.- Adjunto al presente:

- Copia de mi DNI.
- Informe escalafonario.
- Informe Médico.

Puno, 12 de junio del 2024.


PERCY QUESADA VÉLEZ
DNI N° 01308470

CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO			
	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	
Lugar de Nacimiento	Provincia	Código		
PUNO	PUNO	PUNO		
Dirección				
JR AYACUCHO 855				
Observaciones				
Dirección de Censo				

Certificado de Discapacidad - CND32160



Certificado de Discapacidad

Autorización de ley N° 26470

Nº: 73439964

Establecimiento de Salud: 00008275 - HOSPITAL BASE II (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

GUISADA VELAZ, PERCY

SEXO	EDAD		N° H.O.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS NACIMIENTO	ETNIA
Masculino	Años	Meses	01008470	DNI LE 21008470	PERU	Mestizo
USUARIO RENIEC (OPTO/PROVIDIS)			DIRECCION RENIEC			
Puno / Puno / Puno			JR. AYACUCHO 855			
USUARIO ACTUAL (OPTO/PROVIDIS)			DIRECCION ACTUAL			
Puno / Puno / Puno			JR. AYACUCHO 855			
¿Cuántas veces ha sido atendido anteriormente?			No			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Rotura de tendón	M041	Fractura de vertebra Lumbor	S320

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0	1	Sin limitación
De La Comunicación	0	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
De La Capacidad Personal	0	2	Realiza y mantiene la actividad sola con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	1	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	1	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	0	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, lo cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De Sujeción	0	6	La actividad no se pueda realizar o mantener sin una asistencia persona

V. GRAVEDAD

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

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

De apoyo

☐ Para terapia y Mantenimiento médico especializado y de uso permanente

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☐ Para vestir, desvestir, bañarse y comer

☐ Dependencia de otra persona

☐ No requiere

☒ No requiere

Certificado de Discapacidad 00431854

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

„El grado“ 31

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se recomienda su reevaluación en 60 meses desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. FRANCISCO GAGNERES LARA N° 8766
CALLE DEL PARQUE INDUSTRIAL Agosto
SALCEDO de 2022
Puno - Puno - Puno

HOJILLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

HILARI CLAGLIVEL NEDY

N° CNP

48437

N° RNE

25203

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
QUE CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO

„Queda de que la información contenida en el Certificado de Discapacidad sea veraz y correcta“ (COPIA)
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Comercio e Industrias, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo

El Peruano

NORMAS LEGALES

HOSPITAL RI- BASE PUNO

AAE-Salud

FORMULARIO DE TRAMITE DE GESTION MULTIPLE

03 JUN 2023

I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:

Apellido Paterno: Quisado Apellido Materno: Vélez Nombres: Percy
 C.M.: ☒ Carnet de Extranjería / Pasaporte ☐ N° 01368470 Teléfono fijo y/o Celular: 950001597
 Domicilio: Av. Ayacucho 655 Departamento: Puno Provincia: Puno Distrito: Puno
 Correo electrónico: percyquisado@gmail.com

RECEPCION

II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llevar sólo si es distinto al solicitante):

Apellido Paterno: _____ Apellido Materno: _____ Nombres: _____
 D.N.I.: ☐ Carnet de Extranjería / Pasaporte ☐ N°: _____

III. SERVICIO SOLICITADO:

☐ Copia de Historia Clínica
☐ Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo (CIT)
☐ Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990
☐ Validación de Certificado Médico
☐ Informe Médico
☐ Dictamen médico para el registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud
☐ Evaluación médica del conyuge sobreviviente evaluado e hijo mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo
 Otro: _____

Descripción del servicio (especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros):

Informe Médico, Dr. Luis P. Herrera Oporto Neurocirugía

Si el servicio solicitado es Validación de Certificado Médico, completar lo siguiente:

CONTINGENCIA: _____ (Conservar el código de la tabla de contingencias que está al reverso del formulario)
 DATOS DE LA ENTIDAD EMPLEADORA
 Número de RUC: _____ Razón Social: _____ Trabajo habitual o acumulado: _____

PERÍODO A VALIDAR

Del: Al: Total días:

DOCUMENTOS A PRESENTAR

Se adjunta: Documentos señalados en el reverso del formulario de acuerdo a la Contingencia y Tipo de Atendimiento

IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN

☐ Copia simple ☐ Copia Electrónica* ☐ Comprobante de Pago:
☐ Medio magnético* ☐ Otros: _____ Fecha: _____
 (Firma de comprobante)

V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN):

Manejo con un "X", si autoriza o no a otra persona para el recojo de la información solicitada. Si ☐ NO ☒

IDENTIFICACIÓN DE LA PERSONA AUTORIZADA

N° de Documento de Identidad: _____ Apellidos y nombres: _____

DECLARO BAJO JURAMENTO QUE LOS DATOS COMPLETADOS SON VERDADEROS

Apellido y nombres del titular o representante legal: Quisado Vélez, Percy Firma del titular o representante legal: [Firma]

Le declaro en la presente Declaración Jurada ser sujeto a lo señalado en el artículo 34°, numeral 34, del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes. En caso de cometerse fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará que se trata de la entrega respectiva para todos los efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento, e imponer a quien haya empleado este procedimiento, sanción disciplinaria y/o administrativa, así como a los sujetos previstos en el Título XIX del Código Penal. Esta declaración se conservará en el Ministerio Público para que integre la decisión penal correspondiente.

* Sujeto a disponibilidad tecnológica requerida en los establecimientos de Salud de EsSalud