

SUMILLA: SOLICITA DESTAQUE POR SALUD.

**SEÑORA DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTION LOCAL DE EL COLLAO.
DRA. NORKA B. CCORI TORO**

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 **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.

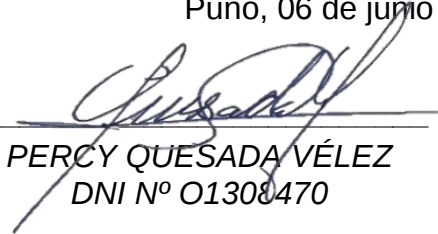
POR LO EXPUESTO:

Ruego a Usted, señor Director acceder a
lo solicitado.

AL OTROSI DIGO.- Adjunto al presente:

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

Puno, 06 de junio del 2024.


PERCY QUESADA VÉLEZ
DNI N° 01308470

REPUBLICA DEL PERU

	Primer Apellido QUESADA	CUI CUI
DNI 01308470 - 5	Segundo Apellido VELEZ	Fecha Inscripción 05 02 1999
	Pra Nombres PERCY	Fecha Emisión 06 04 2017
	Nacimiento: Fecha y Ubigeo 29 05 1969 200101	Sexo Estado Civil M S

I<PER01308470<3<<<<<<<<<<<<<<<
6905299M2504063PER<<<<<<<<<<<<<O
QUESADA<<PERCY<<<<<<<<<<<<<<<

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

Departamento PUNO Provincia PUNO Distrito PUNO

Dirección JR. AYACUCHO 655

Observaciones Donación de Organos SI Grupo de Votación 006543

ENCUENTRO REGISTRO NACIONAL DE VOTANTES

9810 7454-60 0184 700-0550

REPUBLICA DEL PERU

MINISTERIO DEL INTERIOR

SECRETARIA GENERAL

REGISTRADO



PERÚ

Ministerio
de Trabajo
y Promoción del Empleo

Sistema Social de Salud
EsSalud



INFORME MEDICO

HOSPITAL BASE III PUNO ESSALUD

APELLIDOS Y NOMBRES:

Quispe Velaz Peray

DNI

01308470

AUTOGENERADO:

HISTORIA CLINICA:

94548

El médico que suscribe la presente, informa que, revisada la Historia Clínica y los exámenes auxiliares del paciente en mención, se concluye que:

Presente en el diagnóstico

de Radiculopatía L4 L5

actualmente recibiendo terapia

fisio

Se recomienda no cargar peso, no

viajes largos en tracha



Se expide el presente a solicitud del paciente para los fines que considere pertinente.

Puno, 18 de Abril del 2024

[Signature]
Dr. José Luis Olayo
Médico Especialista en Ortopedia
C.M.P. 48857
EsSalud

AV. JUAN FRANCISCO GARCERAN 456A Y 456B
SALCEDO - PUNO PUNO
TEL. 081-820861



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 28973

Nro.: 00432664
Establecimiento de Salud: 00009216 - HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO

I, APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

QUESADA VELEZ, PERCY

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Masculino	Años: 53 Meses: 3	01306470	DNI/LE 01306470	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROVIDIS)		DIRECCION RENIEC			
Puno / Puno / Puno		JR. AYACUCHO 655			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVIDIS)		DIRECCION ACTUAL			
Puno / Puno / Puno		JR. AYACUCHO 655			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?		No			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Radiulopetia	M541	Fractura de vértebra lumbar	S320

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	0
De La Comunicación	0
Del Cuidado Personal	0
De La Locomoción	1
De La Disposición Corporal	1
De La Destreza	0
De Situación	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	* 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 moderada
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
☐ Otros productos de apoyo	☐ Para comunicación, información y señalización
Personales	
☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer	☐ Dependencia de otra persona
No requiere	
☒ No requiere	

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las Heroicas Batallas de Junín y Ayacucho”

Certificado de Discapacidad: 00432684

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- %

¿Es difrendo?: Si

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 CACERES JARA N°
600 - DEL PARQUE INDUSTRIAL
SALCEDO
Puno - Puno - Puno

31 de
Agosto
de 2022

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO**



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

HILARI OLAGUIVEL, NEDY

N° CMP

48437

N° RNE

25263

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICA**

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO**

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO**

¿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 de Educación y Ministerio de Trabajo)

El Peruano		NORMAS LEGALES		Lima, viernes 06 de mayo de 2022
EsSalud		FORMULARIO DE TRÁMITE DE GESTIÓN MÚLTIPLE		HOSPITAL BASE PUNO CIAD 05 JUN 2024 RECEPCION
I. DATOS SOLICITANTE/REPRESENTANTE:				
Apellido Paterno: <u>Guesada</u>		Apellido Materno: <u>Vélez</u>		Nombres: <u>Percy</u>
D.N.I. ☒ Carnet de Extranjería / Pasaporte ☐ N° <u>01308470</u>		Teléfono fijo y/o Celular: <u>950001597</u>		
Domicilio: <u>Tr. Ayacucho 655</u>		Departamento: <u>Puno</u> Provincia: <u>Puno</u> Distrito: <u>Puno</u>		
Correo electrónico: <u>perguesada.v@gmail.com</u>				
II. DATOS DEL USUARIO DEL SERVICIO DE SALUD/PACIENTE (llenar 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		☐ Informe Médico		
☐ Duplicado del Certificado de Incapacidad Temporal para el Trabajo -CITT		☐ Dictamen médico para el Registro de Derechohabiente de Asegurado Titular del Seguro Social de Salud		
☐ Certificado médico para el trámite de pensión invalidez del Decreto Ley N° 19990		☐ Evaluación médica del cónyuge sobreviviente inválido e hijos mayores de dieciocho (18) años con incapacidad total y permanente para el trabajo		
☐ Validación de Certificado Médico		Otro:		
Descripción del pedido (Especialidad médica, fecha, tipo de examen de ayuda diagnóstica requerido, otros): <u>Informe Medico, Dr. Luis E. Herrera Oporto Neurocirugía</u>				
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 u ocupación
PERIODO 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 Atención		
IV. FORMA DE ENTREGA DE LA INFORMACIÓN				
☐ Copia simple		☐ Correo Electrónico*		Comprobante de Pago:
☐ Medio magnético*		☐ Otros:		Fecha: N° de comprobante:
V. DECLARACIÓN JURADA (PARA AUTORIZACIÓN DEL RECOJO DE INFORMACIÓN)				
Marque con un aspa "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 CONSIGNADOS SON VERDADEROS				
<u>Guesada Vélez, Percy</u>		<u>[Firma]</u>		
Apellidos y nombres del titular o representante		Firma del titular o representante legal		
Lo declarado en la presente Declaración Jurada se sujeta a lo señalado en el artículo 34°, numeral 34.2 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 - Ley del Procedimiento Administrativo General y demás normas pertinentes: "En caso de comprobarse fraude o falsedad en la declaración, información o en la documentación presentada por el administrado, la entidad considerará nula la fecha la exigencia respectiva para todos sus efectos, procediendo a declarar la nulidad del acto administrativo sustentado en dicha declaración, información o documento; e imponer a quien haya empleado esa declaración, información o documento una multa en favor de la entidad de entre cinco (5) y diez (10) Unidades Impositivas Tributarias vigentes a la fecha de pago; y, además, si la conducta se adecua a los supuestos previstos en el Título XIX Delitos contra la Fe Pública del Código Penal, esta deberá ser comunicada al Ministerio Público para que interponga la acción penal correspondiente" *Sujeto a disponibilidad tecnológica implementada en los establecimientos de Salud de EsSalud				

REGISTRO NACIONAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

CONADIS



CARNET DIGITAL DE INSCRIPCIÓN RD-293905

(Resolución del Secretario General N° 017-2022-CONADIS/SG)

 **República del Perú**
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad **RUI: RD393905**



Apellido:
QUESADA VELEZ

Nombres:
PERCY

DNI: **01386670**

Discapacidad (CIE-10-DM-ONIS):
Locomoción, Discapacidad corporal

LEVE

Diagnóstico (CIE-10) M54.1

CONADIS
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
RUI: RD393905





Mag. Elizabeth Vargas Machuca Guerrero
Directora II de la Dirección de Promoción y Desarrollo

Este presente carnet, constituye el único documento personal e intransferible que acredita la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad (Presidencia del Presidente N° 018 - 2021 - CONADIS / PRE de 21 / 09 / 2021).

Consultado el viernes, 23 de Setiembre de 2022 a las 03:30 p. m.

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con discapacidad

Av. Arequipa 371, Lima - Perú

www.conadis.gob.pe