MINISTERIO DE EDUCACION
REPUBLICA DEL PERÚ

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

FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006985

1. Sumilla: SOLICITO BONIFICACIÓN POR CONADIS

DIRECTORA UGEL EL COLLAO - ILAVE
2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

DARWIN CHARLY MAMANI RAMOS.
3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

PROFESOR - ASPIRANTE A LA PRUEBA UNICA - PUN
4. Cargo actual y Centro de Trabajo

44976209
5. D.N.I.

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.)

8. Fundamentación del Pedido

SOLICITO BONIFICACIÓN POR CONADIS POR MOTIVOS QUE ME CONSIDERE EN EL CONTRATO POR EL EXAMEN PUN. POR MOTIVOS POR DISCAPACIDAD DE LA VISTA.

RUEGO A USTED SU NOBLE ATENCIÓN Y SU ATENCIÓN

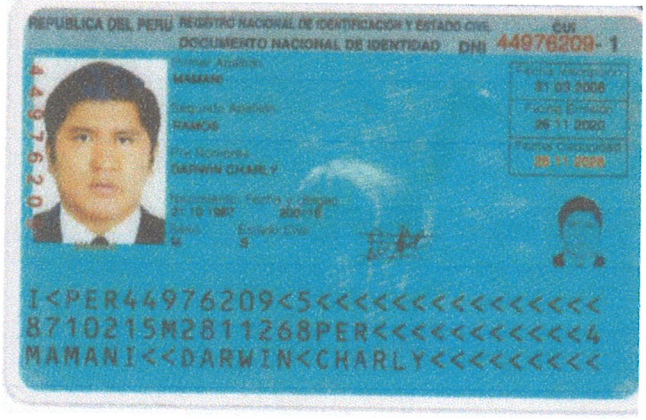
9. Documentos que se adjuntan:

- Solicitud
- DNI (COPIA)
- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD (COPIA)
- CARNET DE DISCAPACIDAD (COPIA)

10. Lugar y Fecha: ILAVE - 30 ENERO 2024

11. Firma:

44976209


REPUBLICA DEL PERU
REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD
DNI 44976209
CUI
1
MAMANI
RAMOS
DARWIN CHARLY
31 03 2006
26 11 2020
I<PER44976209<5<<<<<<<<<<<<<<<
8710215M2811268PER<<<<<<<<<<<4
MAMANI<<DARWIN<CHARLY<<<<<<<<<

CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO
PUNO
PUNO
PICHACANI
AV SAN MARTIN 107 LAROJERI
NO
008368

PERÚ | Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

	Nro.: 00693771
Establecimiento de Salud	2398 - SANTO TOMAS

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

MAMANI RAMOS, DARWIN CHARLY

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses				
Masculino	36	11	44976209	DNI/LE 44976209	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION RENIEC
Puno / Puno / Pichacani	AV.SAN MARTIN 127 LARQUERI
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)	**DIRECCION ACTUAL**
Puno / Puno / Pichacani	AV.SAN MARTIN 127 LARQUERI
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?	No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
ALTERACION VISUAL, NO ESPECIFICADA	H539	ALTERACION VISUAL, NO ESPECIFICADA	H539

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
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
- [x] Para comunicación, información y señalización
- [x] 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

2.48 % ¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

EVALUACION Y CONTROL POR OFTALMOLOGIA.
USO DE DISPOSITIVO MEDICO RECETADO.

Se recomienda su reevaluación en **36 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **120 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA PERU S/N SANTO TOMAS CHUMBIVILCAS CUSCO
Cusco - Chumbivilcas - Santo Tomas

23 de septiembre del 2024

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
ANAHUA QUISPE, WILLIAM UBALDO	78079	-

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA

WILLIAM UBALDO ANAHUA QUISPE
MEDICO CIRUJANO
CMP 78079

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

WILLIAM UBALDO ANAHUA QUISPE
MEDICO CIRUJANO
CMP 78079

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

MINISTERIO DE SALUD – RED DE SERVICIO DE SALUD – DIRECCIÓN – Chumbivilcas – HOSPITAL SANTO TOMAS

U.E. 411 SALUD CHUMBIVILCAS
HOSPITAL SANTO TOMAS
Lic. Enf. Sandra A. Cjuro Romero
CEP. 87640
DIRECTORA

¿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

República del Perú
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD529316

Apellidos:
MAMANI RAMOS
Nombres:
DARWIN CHARLY
DNI **44976209**
Discapacidad (CIDDM-OMS):
Comunicación

LEVE

Diagnóstico (CIE 10): **H53.9**

CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD529316

Inscripción
02/10/2024
Emisión
09/10/2024
Caducidad
09/10/2034

Lic. CARMEN LOURDES SEVILLA CARNERO
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).

Consultado el miércoles, 16 de Octubre de 2024 a las 05:43 a. m.