



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

009906

1. Sumilla: Bonificación por discapacidad para contrato

Sra Directora de la UGEL El Collao - Ilave

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige

Yo, Jesus del Castillo Arias

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)

Postulante al proceso de contrato docente 2025

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

DNI. N° 01872733

5. D.N.I.

6. Código Modular

Jr. Loreto N° 308 - Ilave

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

8. Fundamentación del Pedido

Que, como postulante al proceso de contrato docente 2025, de la Especialidad de Educación Física; solicito a su autoridad considerar las bonificaciones de ley por mi discapacidad

9. Documentos que se adjuntan:

Copia de DNI.
Copia de Título profesional
Copia de Certificado de discapacidad
Carnet de discapacidad y constancia de atención al tratamiento

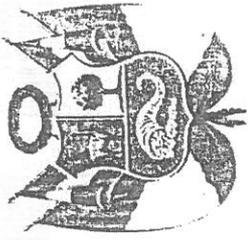
10. Lugar y Fecha: Ilave, 30 de Enero del 2025

11. Firma:

[Firma manuscrita]

REPUBLICA

DEL PERU



A NOMBRE DE LA NACIÓN
EL RECTOR DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO

Jesús Inal Castillo Arias

Por cuanto: Don *Jesús Inal Castillo Arias* para optar el
ha cumplido los requisitos exigidos por la Facultad de:

Ciencias de la Educación

Título de: Licenciado en Educación Física

Habiéndose aprobado su otorgamiento en sesión **Ordinaria** de
Consejo Universitario del **02** de **Febrero** del 2005
Por tanto: se le expide el presente *para que se le reconozca*
como tal.

Dado y firmado en Puno, a los **04** días del mes de **Febrero** del 2005

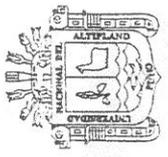


J. Inal Castillo Arias
RECTOR

Alfonso Torres
SECRETARIO GENERAL



J. Inal Castillo Arias
INTERESADO



VICERECTOR ACADÉMICO

J. Inal Castillo Arias
DECANO DE FACULTAD



REGISTRADO A FOJAS74.....
DEL TOMO

Registro de Título Profesional

Con el N° 10357-05-T-10-D-01-PF- en el libro

N° 11 Folio N° 574 de Registro de

Títulos, se registra el Título Profesional de:

Conferido por la Facultad de:

de la Universidad Nacional del Altiplano - Puno a don:

Aprobado en Consejo de Facultad con fecha 04-05-05

y ratificado por Consejo Universitario en sesión 03-06-05

del 03 de FEBRERO del 2005

y de conformidad con la Resolución Rectoral N° 404-2005-UNALU-PUNO
Puno, a la de FEBRERO del 2005



Alberto Zuñiga Alvarez
ALBERTO ZUÑIGA ALVAREZ
SECRETARIO GENERAL

REGION

Regional de Educación de Puno
Oficinas a Don: Juan

El presente Título
Del Sr. Basilio Urbina
C.I. N° 01872733
de Estudios Psicopedagogico
1269 - DREP

2005 Julio del 25



[Signature]
D. DOLORES
C.I. N° 600490213
TECNICO-ADMINISTRATIVO II
Oficina de Titulos, Competencias, Pruebas y Bases
Directiva N° 04 de 1998, 1999 y 2000



[Signature]
C.I. N° 100127064
DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACION
PUNO

ASAMBLEA NACIONAL DE RECTORES



A639335

A00630335



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00490843

Establecimiento de Salud

9215 - HOSPITAL BASE III (PUNO) - RED ASISTENCIAL PUNO

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

DEL CASTILLO ARIAS, JESUS

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE		
Masculino	49	0	01872733	01872733	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

Puno / El Collao / Ilave

DIRECCION RENIEC

URB.NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN S/N N° 21 UTE FONAVI

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

Puno / El Collao / Ilave

DIRECCION ACTUAL

JR LORETO 308- ILAVE

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. HISTORICO DE DAÑO

Enfermedad renal crónica, etapa 5

CIE

N185

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Hipertensión esencial (primaria)

CIE

I10X

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
De La Comunicación	0
Del Cuidado Personal	2
De La Locomocion	2
De La Disposicion Corporal	2
De La Destreza	2
De Situacion	3

- 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

- % ¿Es diferido?: Sí

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se recomienda su reevaluación en **24 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **24 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. FRANCISCO CACERES JARA N° 600 - DEL PARQUE INDUSTRIAL SALCEDO
Puno - Puno - Puno

29 de marzo del 2023

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

PAREDES COILA, GLADYS NOEMI

N° CMP

46237

N° RNE

27568

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA

Dra. Gladys N. Paredes Coila
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
CMP. 46237 RNE 27568

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

Dr. Hubert Inquilla Castillo
CMP. 44081 - RNE 32176
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION
EsSalud

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

Dra. Yanet Rocío Chura Centeno
DIRECTORA
HOSPITAL III
RED ASISTENCIAL PUNO
EsSalud

¿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: RD426459**



Apellidos: **DEL CASTILLO ARIAS**
 Nombres: **JESUS**
 DNI: **01872733**
 Discapacidad (CIDDM-OMS):
Cuidado personal, Locomoción, Disposición corporal, Destreza, Situación MODERADA
 Diagnóstico (CIE 10): **N18.5**



CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
RUI: RD426459

Inscripción	05/04/2023
Emisión	10/04/2023
Caducidad	10/04/2033



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

CONSTANCIA MEDICA

El centro médico CORPORACIÓN DE DIÁLISIS PERÚ S.A.C. – con RUC: 20542757061; con dirección en la Av. EL SOL N°1035 de la ciudad de Puno.

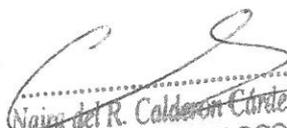
En la cual se brinda el servicio de hemodiálisis a pacientes crónicos renales de la RED ASISTENCIAL PUNO- ESSALUD Puno.

Donde hace constar que, Don: JESUS DEL CASTILLO ARIAS, identificado con DNI: 01872733, es paciente con Enfermedad Renal Crónica – 5 en hemodiálisis, por lo tanto, requiere atenciones tres veces por semana, los días; lunes, miércoles y viernes, de forma obligatoria en el horario de 10:30 AM a 2:00PM. Asimismo, se indica que el paciente está siguiendo el tratamiento según indicaciones de médico tratante.

Se expide este documento a petición del interesado para los fines pertinentes que vea conveniente.

Puno, 23 de noviembre del 2023.

Atentamente,



Nairo del R. Calderón Cardena
MÉDICO NEFROLOGO
C.M.P. 56986 - R.N.E. 34483