



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006905

1. Sumilla: Presento certificado de discapacidad

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige Señora Directora de la UGEL "EL COLLAO"

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos) Mariel Holguín Espinoza

4. Cargo actual y Centro de Trabajo Docente por horas I.F.S. "Jose Carlos Mariátegui" Ilovo

01322953

5. D.N.I.

6. Código Modular

7. Domicilio del Usuario (Avda., Jirón, Calle N° Urbanización Distrito y Prov.) Jr. Revolución # 202 - Puno

8. Fundamentación del Pedido

Que, estando participando en el proceso de Ascenso escala 2024-2025 presento mi certificado de discapacidad, para ser considerado por el bono de bonificación. Por lo tanto pido a qld. considerar mi certificado para dicho proceso.

por lo expuesto:

Pido a qld. acceder a mi petición por ser Justo y legal

9. Documentos que se adjuntan:

- Copia Simple de Certificado de discapacidad

10. Lugar y Fecha: Ilovo 29 de enero 2025

11. Firma:

[Firma manuscrita]

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973



Nro.: 00740477
Establecimiento de Salud
3137 - SANTA LUCIA
Modalidad de certificación
Oferta Móvil

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

HOLGUIN ESPINOZA, MARGOT

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		TIPO	DNI/LE		
Femenino	50	2	01323953	NÚMERO	01323953	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION RENIEC
Puno / Puno / Puno	REVOLUCION
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION ACTUAL
Puno / Lampa / Santa Lucia	Av. Emancipación S/N

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?	No
--	----

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E038	OTROS HIPOTIROIDISMOS ESPECIFICADOS	E038
VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	I839	VENAS VARICOSAS DE LOS MIEMBROS INFERIORES SIN ULCERA NI INFLAMACION	I839

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	1
De La Comunicación	1
Del Cuidado Personal	1
De La Locomoción	1
De La Disposición Corporal	2
De La Destreza	1
De Situación	2

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
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

[Firma]
Santa Lucia
Golar E. Condori Caxayling
CIRUJANO GENERAL
CMP. 48410

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

20.21 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Controles por endocrinóloga, cirugía vascular y psicología.

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

El certificado tiene una vigencia de **36 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

PLAZA PLAZA DE ARMAS S/N S/N PLAZA DE ARMAS S/N SANTA LUCIA LAMPA PUNO
Puno - Lampa - Santa Lucia

13 de enero del 2025

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

CONDORI COAQUIRA, GOLAN ELMER

N° CMP

48410

N° RNE

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

C.B. Santa Lucia
Golan E. Coaquira
CIRUJANO GENERAL
CMP. 48410

Lic. Fibrella Turpo Altaga
ENFERMERA
C.E.P. 53709

MINISTERIO DE SALUD
JEFATURA
MR - CS SANTA LUCIA
C.B. Santa Lucia
Golan E. Coaquira
CIRUJANO GENERAL
CMP. 48410

¿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

Si