



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



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006958

1. Sumilla: *Solicito: Bonificación
Por discapacidad u 15%*

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige
SEÑORA DIRECTORA DE LA UGEL EL COLLAO

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)
Esperanza Calisaya Bonifacio

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

01826867

5. D.N.I.

6. Código Modular

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

8. Fundamentación del Pedido

*Que teniendo en conocimiento la
presentación del Certificado de discapacidad
por tal razón solicito la bonificación por
discapacidad 15%, para tal caso adjunto:
en nivel inicial para contratos docentes.
Por lo tanto:
Ruego acceder a mi pedido
por ser justo y legal*

9. Documentos que se adjuntan:

- copia DNI*
- copia carnet de Discapacidad (conadis)*
- Certificado de Discapacidad*

10. Lugar y Fecha: *Ilave 30 de Enero 2025*

11. Firma:

[Firma]

CU

DNI 01826867-7



CALISAYA

Segundo Apellido

BONIFACIO

Pre Nombres

ESPERANZA

Nacimiento: Fecha y Ubigeo

18 12 1964

209410

Sexo

F

Estado Civil

C

CALISAYA

Fecha Inscripción

24 10 2001

Fecha Emisión

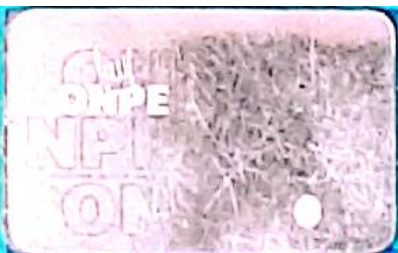
04 02 2022

Fecha Caducidad	
-----------------	--

04 02 2030

$$P \equiv B$$


I<PER01826867<4<<<<<<<<<<<<<<
6412180F3002049PER<<<<<<<<<<<<0
CALISAYA<<ESPERANZA<<<<<<<<<<<<



CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

Departamento
PUNO

Provincia
EL COLLAO

Distrito
ILAVE

Dirección
JR. SANTA ANA 144

Observaciones
Donación de Organos **NO**

Grupo de Votación **200628**



JEFE NACIONAL

CARMEN VELLASCO KOCCHLIN



Indice Der.

000562 000562 028511 0112 92133234



República del Perú

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD419285



ORIGINAL

Apellidos:

CALISAYA BONIFACIO

Nombres:

ESPERANZA

DNI: 01826867

Discapacidad (CIDDM-OMS):

Cuidado personal

LEVE

Diagnóstico (CIE 10): E03.9

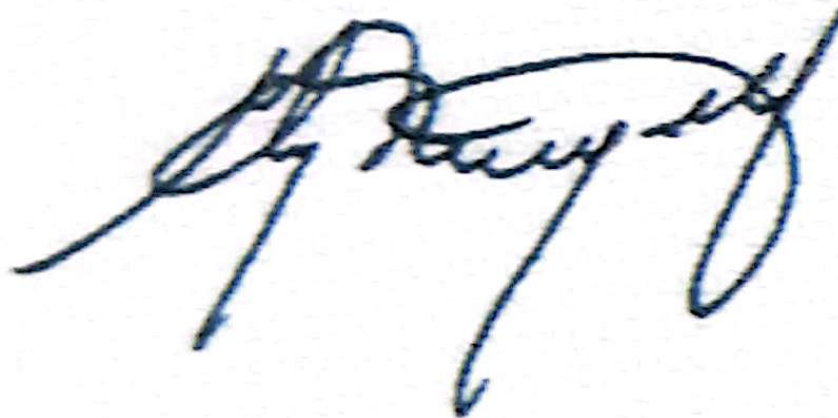
CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD419285

Inscripción:
15/02/2023
Emisión:
16/02/2023
Caducidad:
16/02/2033



Mag. ELIZABETH DEL PILAR 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).

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.:	00745644
Establecimiento de Salud	3017 - ZEPITA
Modalidad de certificación	Oferta Fija

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

CALISAYA BONIFACIO, ESPERANZA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		TIPO	DN/LE		
Femenino	60	1	01826867	NÚMERO	01826867	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

Puno / El Collao / Ilave

DIRECCION RENIEC

SANTA ANA

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

Puno / El Collao / Ilave

DIRECCION ACTUAL

JR. SANTA ANA N° 144

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

SI

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

HIPOFISITARISMO

CIE

E230

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

TUMOR DE COMPORTAMIENTO INCIERTO O DESCONOCIDO DE LA GLANDULA HIPOFISIS

CIE

D443

HIPOTIROIDISMO ADQUIRIDO POR DEFICIENCIA DE YODO

E039

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
De La Comunicación	0
Del Cuidado Personal	1
De La Locomoción	0
De La Disposición Corporal	0
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

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
- ☐ Para comunicación, información y señalización
- ☐ Otros productos de apoyo

Personales

- ☐ Para aseo, vestirse, cocinar y comer
- ☐ Dependencia de otra persona

No requiere

- ☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

¿Es diferido?: SI

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

paciente actualmente presenta certificado por medico endocrinólogo y continua con el tratamiento.

Se recomienda su reevaluación en 12 meses desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de 12 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓNAVENIDA AVENIDA PANAMERICANA S/N S/N AVENIDA PANAMERICANA S/N ZEPITA CHUCUITO PUNO
Puno - Chucuito - Zepita

22 de enero del 2025

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

N° CMP

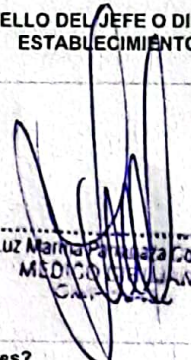
N° RNE

PARIAPAZA CONDORI, LUZ MARINA

55435

**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**

 Luz Marina Pariapaza Condori
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 55435


 Luz Marina Pariapaza Condori
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 55435

¿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