



MINISTERIO DE EDUCACIÓN  
DIRECCIÓN REGIONAL DE EDUCACIÓN PUNO  
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL  
(EL COLLAO)



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE

Nº 006948

1. Sumilla: SOLICITO

BONIFICACIÓN

2. Dependencia o Autoridad a quien se dirige  
SEÑORA DIRECTORA DEL UGEL EL COLLO

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos)  
DUVERLY FLORES CONDORI

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

44346163

5. D.N.I.

6. Código Modular

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

JR 18 DE DICIEMBRE S/N.

8. Fundamentación del Pedido

TENIENDO CONOCIMIENTO DE LA CRONOGRAMA REGIONAL PARA CONTRATO DOCENTE 2025 SOLICITO BONIFICACION CONADIS DE LA ESPECIALIDAD EN COMPUTACION E INFORMATICA EBR. PRIMARIA / SECUNDARIA PROFESOR DE INNOVACION PEDAGOGICA. SOLICITO ANTE SU DIRECCION ANTICIPADAMENTE AGRADESCO SU COMPRENSION

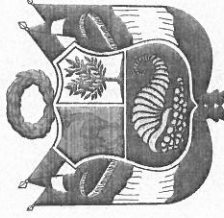
9. Documentos que se adjuntan:

- DNI
- TITULO LICENCIADO EN EDUCACIÓN
- CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
- OTROS

10. Lugar y Fecha: JLOVE 30-01-2025

11. Firma: [Firma]





A NOMBRE DE LA NACIÓN

# UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS

**EL RECTOR por cuanto:** la Facultad de **CIENCIAS EMPRESARIALES Y EDUCACIÓN**, en la carrera de **EDUCACIÓN SECUNDARIA CON LA ESPECIALIDAD EN: COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA** con fecha 22 de Diciembre de 2023; resolvió declarar aprobado para optar el Título Profesional, de conformidad con la legislación universitaria vigente; a Don (ña):

**DUVERLY FLORES CONDORI**

**POR TANTO** le confiere el **Título Profesional de:**

**LICENCIADO EN EDUCACIÓN SECUNDARIA  
CON LA ESPECIALIDAD EN: COMPUTACIÓN E INFORMÁTICA**

y le expide el presente **DIPLOMA** para que se le reconozca como tal con los derechos y prerrogativas de ley.

Lima, 08 de Abril de 2024

  
Abg. ROSSANA MARIELA GARCÍA FLOREZ  
SECRETARÍA GENERAL

  
Mg. JOSE KARLO ORLANDO JARA SCHENONE  
RECTOR (e)



  
Mg. ROCIO MILAGROS SANTANDER MARTINEZ  
DECANO DE FACULTAD (e)



SECRETARÍA GENERAL

|                          |    |                                    |       |               |
|--------------------------|----|------------------------------------|-------|---------------|
| Tipo de Documento        | :  | DNI                                | :     | 44346163      |
| Procedencia              | :  | PUNO                               | :     |               |
| Abreviatura GYT          | :  | T                                  | :     |               |
| Modalidad de Estudio     | :  | TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL |       |               |
| Res. Rectoral N°         | :  | P                                  | :     |               |
| Número de Página         | :  | 174-2024-R-UAP                     | :     | de 03/04/2024 |
| Diploma Tipo Emisión     | :  | 116                                | :     |               |
| Libro - Registro - Folio | :  | O                                  | :     |               |
|                          | :  | CXL                                | :     | 68317 - 68317 |
| Lima,                    | 08 | de                                 | Abril | de 2024       |



Los datos consignados en el anverso y reverso del presente diploma son auténticos.  
Lima, 08 de Abril de 2024

**Abg. ROSSANA MARIELA GARCIA FLOREZ**  
SECRETARÍA GENERAL

  
INTERESADO (A)

**UAP**

EN LA UAP  
TU ERES PARTE  
DEL CAMBIO

N° 115515





PERÚ Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00636080

00003052 - PILCUYO

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

FLORES CONDORI, DUVERLY

| SEXO                                           | EDAD |       | N° H.C.             | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PAÍS NACIMIENTO | ETHIA  |
|------------------------------------------------|------|-------|---------------------|------------------------|-----------------|--------|
| Masculino                                      | Años | Meses | 44346163            | DNI/LE                 | PERU            | Aimara |
|                                                | 36   | 9     |                     | 44346163               |                 |        |
| UBIGEO RENIEC (DPTO/PROVIDIS)                  |      |       | DIRECCION RENIEC    |                        |                 |        |
| Puno / Puno / Acora                            |      |       | COM.CCOPAMAYA       |                        |                 |        |
| UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVIDIS)                  |      |       | DIRECCION ACTUAL    |                        |                 |        |
| Puno / Puno / Acora                            |      |       | COMUNIDAD CCOPAMAYA |                        |                 |        |
| ¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? |      |       |                     | No                     |                 |        |

| II. DIAGNOSTICO DE DAÑO | CIE  | III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO | CIE  |
|-------------------------|------|-----------------------------|------|
| ASTIGMATISMO            | H522 | MIOPIA                      | H521 |

| IV. DISCAPACIDAD           |   |   |                                                                                                                                            |
|----------------------------|---|---|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De La Conducta             | 0 | 0 | Sin limitación                                                                                                                             |
| De La Comunicación         | 0 | 1 | Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda                                                                              |
| Del Cuidado Personal       | 0 | 2 | Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda                                                                              |
| De La Locomoción           | 2 | 3 | Requiere además de asistencia momentánea de otra persona                                                                                   |
| De La Disposición Corporal | 0 | 4 | Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo                                                                    |
| De La Destreza             | 0 | 5 | Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que la permita asistir |
| De Situación               | 2 | 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 <b>discapacidad leve</b>                                                                                             |
| Discapacidad Moderada | 2-3 | Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>                                                                           |
| 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 <b>discapacidad severa</b> |

**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**

2,95 %

¿Es diferente?: No

**VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

**SE RECOMIENDA A PACIENTE INTERCONSULTA CON EL SERVICIO DE OFTALMOLOGIA**

Se recomienda su reevaluación en 6 meses desde la fecha de expedición.

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

**LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN**

JR- SANTA ROSA S/N BARRIO 18 DE ENERO

29 de Abril de 2024

Puno - El Collao - Pílcuyo

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE**

**DERECHO DEL EVALUADO**



**APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA**

SUCASACA ARCAYA, LUIS BARNARD

N° CMP

87551

N° RNE

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA**

Luis Barnard Sucasaca Arcaya  
C.M.P. 87551  
MEDICO CIRUJANO

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

Luis Barnard Sucasaca Arcaya  
C.M.P. 87551  
MEDICO CIRUJANO

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

Jose Rodan Quispe Ticona  
OFICINERO MICROBIOLOGO  
C B P N° 5962

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores?

Si

(CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)



República del Perú

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD509977



Apellidos:

FLORES CONDORI

Nombres:

DUVERLY

DNI: 44346163

Discapacidad (CIDDM-OMS):

Locomoción, Situación

ORIGINAL

MODERADA

Diagnóstico (CIE 10): H52.2

CARNE DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD509977

748749

Inscripción:  
28/06/2024  
Emisión:  
03/07/2024  
Caducidad:  
03/07/2034



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).