



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



**FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE**

Nº 006991

1. Sumilla: Solicito Bonificación  
por CONADIS

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

3. Datos del Usuario (Nombres y Apellidos) Fredy Arcata Flores

4. Cargo actual y Centro de Trabajo

01889420

5. D.N.I.

6. Código Modular

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

8. Fundamentación del Pedido

Que, mediante ley 29973 ley general de la  
persona con discapacidad establece bonificación  
motivo por el cual solicito a su  
dependencia, otorgar la presente bonificación  
por lo expuesto:  
Ruego a ucl acceder a mi petición  
por ser justa.

9. Documentos que se adjuntan:

- RUT
- Copia de Certificado
- Copia de D.N.I.

10. Lugar y Fecha: Ilave 31 de Enero del 2025

11. Firma:



PERÚ

Ministerio de Salud

**CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD**  
Aplicación de la ley N° 29973

	NRO : 00054895
--	----------------

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

13851 - CENTRO DE SALUD METROPOLITANO ILAVE
---

<b>I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES</b>	
ARCATA FLORES FREDY	

<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	
M   F	Años   Meses	DNI	CARNET DE EXTRANJERIA
X	50   04	01889420	

CUENTA CON CERTIFICADO EMITIDO ANTERIORMENTE	
--	--

<b>N: DIAGNOSTICO DE DAÑO</b>	<b>CIE</b>	<b>III. DIAGNOSTICO ETOLOGICO</b>	<b>CIE</b>
EPICONDILITIS LATERAL	M771		

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 persona	1	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos p ayudas
De la locomoción	0	3	Requiere además de asistencia momentanea de otra persona
De la disposición personal	1	4	Requiere ademas de asistencia de otra persona la maypr parte del tiempo
De la destreza	0	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin apoyo de un persona, la cual requiere ademas de un dispositivo oayuda que la persona asistir
De situación	0	6	La actividad no se puede realizar o mantener aun con asistencia personal

V. GRAVEDAD		
Sin discapacidad	0	Si es código es 0 la persona no tiene DISCAPACIDAD
Discapacidad leve	1	Si el(los) código(s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE
Discapacidad moderada	2	Si el(los) código(s) son 2 o 3 la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA
Discapacidad severa	4	Si el(los) código(s) son 4,5 o 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, BIOMECANICAS Y PERSONALES		
Para terapia y mantenimiento medico basico para marcha y transporte para comunicación información y señalización	Para asearse vertirse y comer Para efectos esteticos o cosmeticos	Dependiente de otra persona No Requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN		
<input type="text" value="15%"/>	<input type="text"/>	Diferido

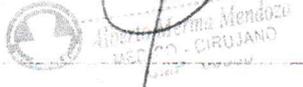
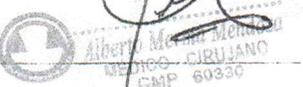
VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES		

Este documento tiene una vigencia de 24 Meses

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN	
AV. ATAHUALPA S/N - PUNO - EL COLLAO - ILAVE	04/12/2024

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
MERMA MENDOZA ALBERTO	60330	

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA	FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO	FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO
 	 	 

La información contenida en su Certificado de Discapacidad será compartida con otros sectores (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo).

