



GOBIERNO  
REGIONAL PUNO

DIRECCIÓN REGIONAL  
DE EDUCACIÓN DE  
PUNO

UNIDAD DE GESTIÓN  
EDUCATIVA LOCAL EL  
COLLAO



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

| FORMULARIO ÚNICO DE TRAMITES (FUT)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| RM N° 0445-2012 ED<br>DISTRIBUCIÓN GRATUITA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
| I. RESUMEN DE SU PEDIDO: <b>SOLICITO REINCORPORACION AL RANKING DE AUXILIARES DE E.B.R. INICIAL POR MOTIVOS DE SALUD.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                      |
| INTERES PERSONAL: ( )<br>UNIDAD FAMILIAR: ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |
| II. DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE: <b>SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL COLLAO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                      |
| III. DATOS DEL SOLICITANTE:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
| Persona Natural                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |
| Apellido Paterno: <b>MAMANI</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Apellido Materno: <b>QUISPE</b>                                                                                                                                                                                      |
| Nombres: <b>JOEL MARCOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
| Persona Jurídica:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |
| Razón Social:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |
| Tipo de Documento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |
| DNI: <b>41974290</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | RUC: <b></b>                                                                                                                                                                                                         |
| CE: <b></b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
| IV. DIRECCION:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |
| TIPO DE VIA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Avenida <input type="checkbox"/> Jrón <input checked="" type="checkbox"/> Calle <input type="checkbox"/> Pasaje <input type="checkbox"/> Carretera <input type="checkbox"/> Prolongación <input type="checkbox"/>    |
| Nombre de la vía:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>SANDIA N° 205.</b>                                                                                                                                                                                                |
| U de Inmueble:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Esq. <input type="checkbox"/> Interior <input type="checkbox"/> Piso <input type="checkbox"/> Mz <input type="checkbox"/> Lote <input type="checkbox"/> Km. <input type="checkbox"/> Sector <input type="checkbox"/> |
| Tipo de Zona:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |
| Urbanización:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Pueblo Joven <input type="checkbox"/> Unidad Vecinal <input type="checkbox"/> Conjunto Habitacional <input type="checkbox"/> Asentamiento Humano <input type="checkbox"/>                                            |
| Cooperativa:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Residencial <input type="checkbox"/> Zona Industrial <input type="checkbox"/> Centro Poblado <input type="checkbox"/> Caserio <input type="checkbox"/>                                                               |
| Asociación:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Grupo <input type="checkbox"/> Fundo <input type="checkbox"/> Otros (especificar) <input type="checkbox"/>                                                                                                           |
| Nombre de zona:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |
| Referencia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>AL FRENTE DEL COLICEO ILAVE</b>                                                                                                                                                                                   |
| Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>PUNO</b>                                                                                                                                                                                                          |
| Provincia:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>EL COLLAO</b>                                                                                                                                                                                                     |
| Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>ILAVE</b>                                                                                                                                                                                                         |
| Teléfonos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>953602145</b>                                                                                                                                                                                                     |
| Autorizo se me notifique al siguiente correo electrónico: <b>gianmarco_guitarrista@bot.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                      |
| DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con carácter de <b>DECLARACION JURADA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |
| V. FUNDAMENTACION DEL PEDIDO: <b>Que habiendose realizado el proceso de adjudicación de plazas de auxiliares de E.B.R Nivel Inicial el día 27 de febrero del año 2025, que por motivos de salud no pude estar presente en el proceso de adjudicación y por ello cuento con el certificado medico N° 0063846 que acredita mi estado de salud y no poder asistir a la adjudicación y por consiguiente pido la reincorporación al Ranking de Auxiliares de E.B.R INICIAL</b> |                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Por lo Expuesto:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>Ruego a usted acceder a mi solicitud.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                      |
| VI. DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>CERTIFICADO MEDICO ORIGINAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>ILAVE 03 MARZO del 2025</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                      |
| LUGAR Y FECHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                      |
| FIRMA DEL USUARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                      |





COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ  
CONSEJO NACIONAL

**CERTIFICADO MÉDICO**

**Consejo Regional XIV Puno**

El que suscribe, Médico Cirujano CMP N° 60395

**Certifica:** Haber atendido a Joel Marcos  
Mamani Quispe de 42 años de edad  
con ONI 41974290 quien refiere  
caída casual presentada del  
an Ralema Lumbor y Rodilla  
Derecha con Diagnóstico de  
Olembocárgica Aguda @ Esquince  
de Rodilla Derecha III°.

**Recomendación**  
@ Descanso Médico por 02 días  
26 y 27 de Febrero del 2025  
@ Analgesia, Reposo, control posterior.  
Se emite Certificado Médico para fines  
de Sustituir Inasistencia Laboral.

26 de Febrero 2025



**Dra. Yeny Luve Jaliri**  
ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA  
C.M.P. 80385 RNE 33810  
CONSEJO REGIONAL "MNB" PUNO

Fecha .....

**N° 0065846**



CONSEJO NACIONAL

SALMON CORP