



FORMULARIO ÚNICO DE TRÁMITE (FUT)

MINISTERIO DE EDUCACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL YUNGUYO
UNIDAD EJECUTORA 308
OFICINA TRÁMITE DOCUMENTARIO

Nº 007111

FS 31 ENE 2025

EXPEDIENTE N° 1315

HORA: 12:10 FIRMA: [Firma]

(SELLO)

I.- RESÚMEN DE SU PEDIDO:

SOLICITA BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD
EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DOCENTE - 2025 - 2026

II.- DEPENDENCIA O AUTORIDAD A QUIEN SE DIRIGE:

SEÑOR DIRECTOR DE LA UGEL YUNGUYO

III.- DATOS DEL SOLICITANTE:

Persona Natural:

Apellido Paterno: JIMENEZ

Apellido Materno: MENDOZA

Nombres: JUDITH

Persona Jurídica:

Razón Social:

Tipo de Documento:

DNI: 44950602

RUC:

C.E.:

IV.- DIRECCIÓN:

TIPO DE VÍA:

Avenida: ☒

Jirón: ☐

Calle: ☐

Pasaje: ☐

Carretera: ☐

Prolongación: ☐

Nombre de la vía: TITICACA

N° de Inmueble: 118

Block: ☐

Interior: ☐

Piso: ☐

Mz: ☐

Lote: ☐

Km: ☐

Sector: ☐

Tipo de Zona:

Urbanización: ☐

Pueblo Joven: ☐

Unidad Vecinal: ☐

Conjunto Habitacional: ☐

Asentamiento Humano: ☐

Cooperativa: ☐

Residencial: ☐

Zona Industrial: ☐

Centro Poblado: ☐

Caserío: ☐

Asociación: ☐

Grupo: ☐

Fundo: ☐

Otros (especificar): ☐

Nombre de zona:

Referencia:

Departamento: PUNO

Provincia: PUNO

Distrito: ACORA

Teléfonos: 997057240

Autorizo se me notifique
al siguiente correo electrónico:

Judithm2@hotmail.com

DECLARO que los datos presentados en el presente formulario los realizo con caracter de DECLARACION JURADA

V.- FUNDAMENTACIÓN DEL PEDIDO :

Mediante el presente me dirijo ante usted señor director de la UGEL Yunguyo y a la comisión de contrato docente 2025-2026, con la finalidad de solicitar que se me conceda mi BONIFICACIÓN POR DISCAPACIDAD EN EL PROCESO DE CONTRATACIÓN DOCENTE - 2025 - 2026.

sirvase a acceder a mi petición por ser justo y legal.

VI.- DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN:

- COPIA DE DNI
- TÍTULO PROFESIONAL
- COPIA DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD.

YUNGUYO 31 DE ENERO 2025
LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL USUARIO

Para consultas sobre su tramite ingrese a: www.ugelyunguyo.edu.pe

Trámite Documentario

o llame al 556143

-P-
007376-P-DREP.

Nº 108385



MINISTERIO DE EDUCACIÓN

A NOMBRE DE LA NACIÓN



POR CUANTO:

El Ministro de Educación

Ha conferido el TÍTULO de

PROFESORA DE EDUCACION INICIAL

A Don(ña)

JUDITH JIMENEZ MENDOZA

TITULADO (A) en EL INSTITUTO SUPERIOR PEDAGOGICO PUBLICO DE JULI

POR TANTO:

Se expide el presente TÍTULO para que se le reconozca como tal.

Dado en Puno a los 15 días del mes de Febrero de 2010



[Firma]
DIRECTOR GENERAL
Lic. EDUARDO HILARIO FLORES CRESPO
DIRECTOR GENERAL (e)
I.S.P.P. - JULI
C.M. 1001203404



[Firma]
POR EL MINISTRO DE EDUCACIÓN
Lic. GERARDO MEDINO CONDOR QUIMNEZ
C.M. 1001500530
DIRECTOR REGIONAL DE EDUCACIÓN
PUNO

[Firma]

INTERESADO

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00736756

Establecimiento de Salud

2404 - COLQUEMARCA

Modalidad de certificación

Oferta Móvil

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

JIMENEZ MENDOZA, JUDITH

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD		PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		TIPO	DNI/LE		
Femenino	36	10	44950602	NÚMERO	44950602	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

Puno / Puno / Acora

DIRECCION RENIEC

TITICACA

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

Puno / Puno / Acora

DIRECCION ACTUAL

TITICACA

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

DISMINUCION DE LA AGUDEZA VISUAL SIN ESPECIFICACION

CIE

H547

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

OTROS TRASTORNOS DE LA VISION BINOCULAR

CIE

H533

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
De La Comunicación	1
Del Cuidado Personal	1
De La Locomocion	2
De La Disposicion Corporal	1
De La Destreza	1
De Situacion	1

- | | |
|---|--|
| 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

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

21.69 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

REEVALUACION POR OFTALMOLOGIA

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

El certificado tiene una vigencia de **26 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE CALLE SAN ANTONIO S/N / COLQUEMARCA / CHUMBIVILCAS / CUSCO S/N CALLE SAN ANTONIO

S/N / COLQUEM

Cusco - Chumbivilcas - Colquamarca

04 de enero del 2025

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

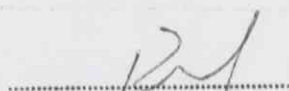
GUTIERREZ CAYO, PEDRO ROGELIO

N° CMP

72837

N° RNE

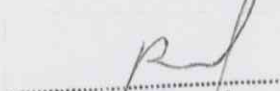
FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA


Pedro R. Gutierrez Cayo
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO


Pedro R. Gutierrez Cayo
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO


Pedro R. Gutierrez Cayo
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 72837



¿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

No