

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ICA**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Ica, 11 de marzo de 2022.

OFICIO N° 004-2022-CTVC/ICA

Señor (a)

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO

Presente. -

Asunto: Se ALERTA un (01) CASO.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 001-2022-CTVC/ICA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de las mismas.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,



.....
Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 001-2022-CTVC/ICA

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	25/02/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GARIBALDI GONZALES ELIZABETH MATILDE	3. NÚMERO-DNI:	22085798
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE MARCONA	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	24/02/2022
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA:	NAZCA
9. DISTRITO:	MARCONA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MARCONA
11. PROCESO:	AFILIACION AL PROGRAMA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	22093693-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE MARCONA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	03	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia al programa Contigo, la Sra. Elizabteh Matilde Garibaldi Gonzales, fiscal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Marcona, reporta la Ficha de Atención A-001-2022-ICA-D, en la cual se registra el siguiente punto crítico:

1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION/DESAFILIACION. La Srta, Jaddy Tassara Monroy, responsable de la Oficina Municipal de Apoyo a las Personas con Discapacidad - OMAPED de la Municipalidad distrital de Marcona, provincia de Nasca, manifiesta que el día 28/06/2021 remitió el Oficio N° 286-2021-ALC/MDM al Programa Contigo, siendo recepcionado el mismo día con el N° de Exp. 2021-09899, en el cual solicitó la afiliación de tres (03) potenciales usuarios que viven en situación de vulnerabilidad en su distrito.

Habiendo ya transcurrido **ocho meses** desde el inicio de trámite, la responsable de la OMAPED no recibe respuesta del estado del trámite de la mencionada solicitud, así mismos indica que dichas personas solicitantes acuden reiteradas veces para conocer el estado de su solicitud y al no tener una respuesta los potenciales usuarios presentan incomodidades y reclamos.

Los potenciales usuarios son:

- Jimmy Jackson Álvarez Alarcón, identificado con DNI N° 48224559.
- Jonny Luis Muñoa Flores, identificado con DNI N° 45171882.
- Raúl Alvitez Jiménez, identificado con DNI N° 07334020.

En el marco de la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE "Gestión de la Afiliación a la Pensión No Contributiva", se solicita se cumpla el procedimiento de la notificación de los resultados de la evaluación de requisitos a estos ciudadanos en conformidad con los procedimientos estipulados por el programa.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Mejorar los procedimientos que permitan a los ciudadanos conocer los resultados de su solicitud de afiliación al programa Contigo, garantizando la transparencia en la entrega de la información completa, oportuna al ciudadano.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 08 folios)

1. Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-001-2022-ICA-D (folio 1)
2. Anexo 2: Pantallazo de recepción del Oficio N° 286-2021-ALC/MDM (folio 1)
3. Anexo 3: Fotografías de los potenciales usuarios (folio 1)
4. Anexo 4: Copia del Expediente N° 2021-09899. (folio 24)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-001-2022-ICA-D	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-					
1.PROGRAMA por X:		CONTIGO (X) CUNA MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()		2.FECHA de REGISTRO: 25/02/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		TASSARA MONRROY, JADDY		4. Documento-DNI: 22093693	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 03/07/1972	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES Más de 30 años.	
9. Correo Electrónico:		Jaddytassara329@gmail.com		10. Telef. Personal: 968653481	
11. Institución/Cargo:		OMAPED MARCONA		12. Telf. Institucional: --	
13. Departamento:		ICA		14. Provincia: NAZCA	
15. Distrito:		MARCONA		16. CCPP/Dirección: MARCONA	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 24/02/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		ICA		19. Provincia: NAZCA	
20. Distrito:		MARCONA		21. CCPP/Dirección: MARCONA	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
La señorita Jaddy Tassara Monroy, responsable de la Oficina Municipal de Atención a las Personas con Discapacidad – OMAPED de la Municipalidad distrital de Marcona. El día 28 de junio del 2021, presentó la solicitud de afiliación de tres (3) potenciales usuarios, el mismo día el programa Contigo responde la recepción de los expedientes registrado en el SGD con el N° Exp. 2021-09899 y derivado a la Unidad de Operaciones. Los potenciales usuarios son:					
1.- Jimmy Jackson Alvarez Alarcon, con DNI N° 48224559 de 41 años de edad.					
2.- Jonny Luis Muñoa Flores, con DNI N° 45171882 de 45 años de edad.					
3.- Raul Alvitez Jimenez, con DNI N° 07334020 de 71 años de edad.					
Las 3 personas mencionadas son personas que viven en estado de vulnerabilidad y visitan reiteradas veces a la Oficina OMAPED de la municipalidad para exigir el estado de su trámite, ya habiendo transcurrido 8 meses desde la presentación de la solicitud. Así mismo requieren al apoyo de otra persona para realizar sus actividades cotidianas.					
23.TIPO d ATENCIÓN:				24.TOTAL FOLIOS: 26	
Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()				25.Dctos. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (X) DJ () Otros (X)	
26.OBSERVACIONES:				Se adjunta imágenes	
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
_____ NOMBRES APELLIDOS: Elizabeth Matilde Garibaldi Gonzales DNI: 22085798 CARGO: Fiscal			_____ NOMBRES APELLIDOS: Tassara Monroy Jaddy DNI: 22093693 CARGO: Responsable OMAPED		

12/1/22 9:01

Gmail - expediente para solicitar afiliación y / a autorización de cobro del CONTIGO - OMAPED MARCONA



Jaddy Tassara Monrroy <jaddytassara329@gmail.com>

**expediente para solicitar afiliación y / a autorización de cobro del CONTIGO -
OMAPED MARCONA**

2 mensajes

Jaddy Tassara Monrroy <jaddytassara329@gmail.com>
Para: mesadepartes@contigo.gob.pe

28 de junio de 2021, 9:39

Sra
Diana Elizabeth Prudencia Gamio
Directora ejecutiva
tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarla cordialmente a nombre de la Municipalidad de Marcona en la cual
trabajó en la oficina de OMAPED

Respecto a ello remito adjunto 01 expediente correspondiente a 04 usuarios con 17 folios los cuales se adjuntan

Jaddy tassara Monrroy

 **PROGRAMA CONTIGO MES DE JUNIO 2021.docx**

Atentamente

Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>
Para: Jaddy Tassara Monrroy <jaddytassara329@gmail.com>

28 de junio de 2021, 12:54

Buenas tardes estimado (a)

Se informa que el Oficio N° 286-2021-ALC/MDM, fue registrado en el SGD con el N° Exp. 2021-09899 y
derivado a la Unidad de Operaciones.

Se brinda los teléfonos del Programa CONTIGO, para que usted pueda comunicarse con nosotros:

Teléfono (01) 6449006

Atención al Usuario opción 1**Trámite de Afiliación y Autorización anexos 1203**

Saludos cordiales

Mesa de Partes
Programa CONTIGO**De:** Jaddy Tassara Monrroy <jaddytassara329@gmail.com>**Enviado:** lunes, 28 de junio de 2021 9:39**Para:** Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>**Asunto:** expediente para solicitar afiliación y / a autorización de cobro del CONTIGO - OMAPED MARCONA

[El texto citado está oculto]

ANEXO 03:
Imágenes de los potenciales usuarios que solicitaron su afiliación al Programa Contigo.



1.- Jimmy Jackson Alvarez Alarcon



2.- Jonny Luis Muñoa Flores



3.- Raul Alvitez Jimenez

ANEXO 04:

Copia del expediente remitido por la OMAPED de la Municipalidad Distrital de Marcona.

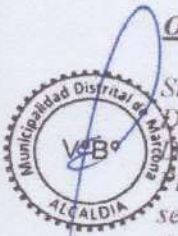


Municipalidad Distrital de Marcona
Puerto San Juan de Marcona

"AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA"

San Juan de Marcona, 25 de junio de 2021

OFICIO N° 286 -2021-ALC/MDM



Sra.:

Diana Elizabeth Prudencia Gamio
Directora Ejecutiva

Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a persona con discapacidad
severa en situación de pobreza – CONTIGO
Av. Faustino Sánchez Carrión Nro. 417
Magdalena del Mar – Lima

Asunto: Expediente para solicitar afiliación y / o autorización de cobro de la pensión no contributiva del programa – CONTIGO

De mi mayor consideración.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarla cordialmente a nombre de la **Municipalidad Distrital de Marcona**, provincia de Nasca, departamento de Ica, en el cual presido, remitirle las solicitudes de autorización de cobro / renovación o afiliación de la pensión de usuarios de menores de edad o mayores de edad que no expresan voluntad propia así su madre puedan representarle en el cobro del programa CONTIGO.

Respecto a ello, remito adjunto 01 expediente correspondiente a 04 usuarios 17 folios, los cuales se detallan a continuación

Nº	REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE Y APELLID DEL USUARIO	DNI	FOLIOS
1	ICA	NASCA	MARCONA	JIMMY JACKSON ALVAREZ ALARCON	48224559	01 a 04
2	ICA	NASCA	MARCONA	FLOR DE MARIA JESUS GARAY MARRES	80017419	05 a 08
3	ICA	NASCA	MARCONA	RAUL ALVITEZ JIMENEZ	07334020	09 a 12
4	ICA	NASCA	MARCONA	JONNY LUIS MUÑOA FLORES	45171882	13 a 17

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarse con el responsable de la OMAPED, la Srta. Jaddy Tassara Monroy, al celular 968653481 y al correo electrónico jaddytassara329@gmail.com, comunico a su vez los datos del Alcalde Sr. Elmo Fares Pacheco Jurado de la Municipalidad del Distrito de Marcona, número de celular 987705946 y correo electrónico, fares1608@hotmail.com



BICENTENARIO
PERÚ 2021

Municipalidad Distrital de Marcona
Puerto San Juan de Marcona

Esperando la atención en beneficio de los usuarios, aprovecho la oportunidad de expresarle mis sentimientos de especial consideración y estima personal.

Sin otro particular quedo de usted,

Atentamente,



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MARCONA

E. Pacheco
Elmo Fares Pacheco Jurado
ALCALDE

MARCONA



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 24.05.2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 418227559

1.2 DEPARTAMENTO: ICA

1.3 PROVINCIA: NASCA

1.4 DISTRITO: MARCONA

1.5 DIRECCIÓN: LA ESPERANZA J-7

1.6 REFERENCIA: X JUSTO PASTOR

1.7 APELLIDO PATERNO: ALVAREZ

1.8 APELLIDO MATERNO: ALARCON JACKSON

1.9 NOMBRES: JIMMY

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: 994889197
(CELULAR)

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☐ SI ☐ NOFIRMA O HUELLA DE LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A

(solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI:

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)☐ PADRE(2)☐ OTRO(3) _____

2.3 APELLIDO PATERNO:

2.4 APELLIDO MATERNO:

2.5 NOMBRES:

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

3. Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N° 27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE

REPUBLICA DEL PERU		REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL		CUI
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		DNI		48224559-1
	Primer Apellido	ALVAREZ	Fecha Inscripción	
	Segundo Apellido	ALARCON	29 04 2011	
	Pre Nombres	JIMMY JACKSON	Fecha Emisión	
	Nacimiento: Fecha y Lugar	27 10 1980 100304	09 05 2011	
Sexo	Saludo Civil	Fecha Caducidad		09 05 2019
M	S			

CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Departamento LIMA Provincia LIMA Distrito CHORRILLOS

Dirección
CALLE SANTA TERESA MZ.6 LT.32 ASENT.H. SANTA TERESA DE VILLA

Observaciones:
Donación de Organos NO Grupo de Votación: 260157

RECEIVED
MAY 10 2006
MAY 10 2006



PERÚ

Ministerio
de Salud
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 Aplicación de la ley N° 29973

NRO° : 00051194

ESTABLECIMIENTO DE SALUD

3446 - MARCONA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

ALVAREZ ALARCON JIMMY JACKSON

SEXO	
M	F
X	

EDAD	
Años	Meses
36	6

DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
DNI	CARNET DE EXTRANJERIA
48224559	

CUENTA CON CERTIFICADO EMITIDO ANTERIORMENTE No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETOLOGICO	CIE
OTRA COXARTROSIS SECUNDARIA, BILATERAL	M166	ARTRITIS REUMATOIDE, NO ESPECIFICADA	M069
OTRAS GONARTROSIS SECUNDARIAS, BILATERALES	M174	PSORIASIS, NO ESPECIFICADA	L409

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	4	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas
De la locomoción	5	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De la disposición personal	4	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De la destreza	3	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de un persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que la permita asistir
De situación	4	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún 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 - 3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA
Discapacidad severa	4 - 6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6 en al menos una categoria de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES

Para terapia y mantenimiento médico básico	Para asearse, vestirse y comer	Dependiente de otra persona
Para marcha y transporte	Para efectos estéticos o cosméticos	No Requiere
Para comunicación, información y señalización		

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCION EN LA PARTICIPACION

42 %

Diferido

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Paciente en evaluaciones irregulares por Reumatología y Traumatología, por falta de medios económicos, no se cuenta con especialidad médica en la provincia Nasca. Candidato a Prótesis de cadera según refiere el paciente, no se cuenta para esto con informe médico.

Este documento tiene una vigencia de 36 Meses.

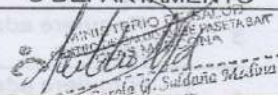
LUGAR Y FECHA DE EMISION

AVENIDA LOS NOGALES S/N NÚMERO S/N DISTRITO
MARCONA PROVINCIA NAZCA DEPARTAMENTO ICA -
ICA - NAZCA - MARCONA

10/05/2017

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO
DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
SALDAÑA MEDINA CAROLA GIOVANNA	45249	

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 Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo).

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

MINISTERIO DE SALUD
MICROREGIÓN VISTA ALCAZAR
Martina Cecilia Barrientos Elias
DNI 21571635
GERENTE

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

4

NOMBRES: JIMMY JACKSON APELLIDOS: ALVAREZ ALARCON FECHA DE NACIMIENTO: 27-OCT-80 SEXO: HOMBRE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 8595456
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 48224559
APELLIDO PATERNO: ALVAREZ
APELLIDO MATERNO: ALARCON
NOMBRES: JIMMY JACKSON
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 27/10/1980
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 20/02/2018

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
PROVINCIA: NASCA
DISTRITO: MARCONA
UBIGEO: 110304
CENTRO POBLADO: SAN JUAN
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: PJ. 3 NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. J LOTE.007
REFERENCIA DE DOMICILIO:
TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 01/03/2018
FECHA VIGENCIA FINAL: 01/03/2022
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 14514036

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	48224559	ALVAREZ	ALARCON		JIMMY JACKSON	MASCULINO	27-OCT-80
2	07030526	ALARCON	HUAMANI		SERENIT AURORA	FEMENINO	19-JUL-61

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes.

5



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 24-05-2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (completa con letra impresa)

1.1 DNI: 80017419

1.2 DEPARTAMENTO:

Ica

1.3 PROVINCIA: Nasca

1.4 DISTRITO:

Marcona

1.5 DIRECCIÓN: Víctor Raúl F° 3 lote "C"

1.6 REFERENCIA:

1.7 APELLIDO PATERNO: Garay

1.8 APELLIDO MATERNO: Marres

1.9 NOMBRES: Flor de María Jesús

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO:

(CELULAR)

937473656

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NO

FIRMA O HUELLA DE LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI: 22089312

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)

☐ PADRE(2)

☒ OTRO(3)

Cuñado

2.3 APELLIDO PATERNO: Peña

2.4 APELLIDO MATERNO: Chavez

2.5 NOMBRES: Luis Antonio

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

951982876

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

3. Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE



REPUBLICA DEL PERU REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL		DNI 22089312-5	
22089312		Primer Apellido PERA	Fecha Inscritpón 04 05 2004
		Segundo Apellido CHAVEZ	Fecha Emisión 31 10 2017
		Pse Nombres LUIS ANTONIO	Fecha Caducidad 31 10 2025
		Nacimiento: Fecha y Ubigeo 25 04 1961 100101 Sexo Estado Civil M C	

			CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Departamento: ICA Provincia: NACA Distrito: MARCONA

Dirección:
ASOC LA ESMERALDA G - 09

Observaciones:

Emisión de Cédulas: SI Grupo de Votación: 110-447



8



Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00060168

00003446 - MARCONA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Garay, Marres, Flor De María Jesus

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
Femenino	Años Meses 44 1	80017419	DNI 80017419 Carnet extranjería

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO(OSTEO)ARTROSIS PRIMARIA
GENERALIZADACIE
M150
**III. DIAGNOSTICO
ETIOLOGICO**
PARALISIS CEREBRAL
INFANTIL, SIN OTRA
ESPECIFICACION
CIE
G809OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y
DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS

R268

IV. DISCAPACIDAD

De Situación	2	0 Sin limitación
De La Destreza	3	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
De La Disposición Corporal	5	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	5	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
Del Cuidado Personal	3	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Comunicación	1	5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De La Conducta	1	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0 Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1 Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2- Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	3 4- 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☐ Para efectos estéticos o cosméticos☐ No requiere☐ No requiere**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

53,44 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

PACIENTE USUARIO DE SILLA DE RUEDAS CON ARTROSIS PROGRESIVA, SIN CONTROLES POR ESPECIALIDAD.

Este documento tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA LOS NOGALES S/N 13 de
NÚMERO S/N DISTRITO MARCONA Julio
PROVINCIA NAZCA DEPARTAMENTO de
ICA 2017
Ica - Nazca - Marcona

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA
SALDAÑA MEDINA, CAROLA GIOVANNA

N° CMP 045249
N° RNE None

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

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD JOSE MARTINEZ
CLAS MARCONA
Dr. Carola G. Saldaña Medina
C.M.P. N° 23376

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD JOSE MARTINEZ
CLAS MARCONA
Dr. Victor Manuel Pineda Sandoval
C.M.P. N° 23376
GERENTE

¿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 de Educación y Ministerio de Trabajo)

Sí

MINISTERIO DE SALUD
CLAS VISTA ALEGRE
Dr. HERNANDO TATAJE BRICEÑO
JEFE DE MICRORED VISTA ALEGRE
C.M.P. N° 23376

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES: FLOR DE MARIA JESUS APELLIDOS: GARAY MARRES FECHA DE NACIMIENTO: 18-APR-73 SEXO: MUJER

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 4588824
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 80017419
APELLIDO PATERNO: GARAY
APELLIDO MATERNO: MARRES
NOMBRES: FLOR DE MARIA JESUS
SEXO: FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO: 18/04/1973
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 16/02/2021

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
PROVINCIA: NASCA
DISTRITO: MARCONA
UBIGEO: 110304
CENTRO POBLADO: SAN JUAN
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: AV. SN NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. F LOTE.003
REFERENCIA DE DOMICILIO: CERCA AL INSITUTO LUIS FELIPE DE LAS CASAS GRIEVE
TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 19/02/2021
FECHA VIGENCIA FINAL: 19/02/2025
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 15772439

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	80017419	GARAY	MARRES		FLOR DE MARIA JESUS	FEMENINO	18-APR-73

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 05.03.2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 07334020

1.2 DEPARTAMENTO:

ICA

1.3 PROVINCIA:

NASCA

1.4 DISTRITO:

MARCONA

1.5 DIRECCIÓN:

1.6 REFERENCIA:

1.7 APELLIDO PATERNO:

ALVITEZ

1.8 APELLIDO MATERNO:

JIMENEZ

1.9 NOMBRES:

ROUL

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO:

(CELULAR)

951465656

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen, sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NO

PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en caso que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI:

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)

☐ PADRE(2)

☐ OTRO(3) especificar

2.3 APELLIDO PATERNO:

2.4 APELLIDO MATERNO:

2.5 NOMBRES:

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con él/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

3. Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen, sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N° 27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE



[illegible][illegible]



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00086754

00003446 - MARCONA



Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Alvitez, Jimenez, Raul

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjería
Masculino	67	8	07334020	07334020	
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				Sí	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

MONOPLEJIA DEL MIEMBRO SUPERIOR

CIE

G832

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

DIABETES MELLITUS NO
INSULINODEPENDIENTE CON OTRAS
COMPLICACIONES ESPECIFICADAS

CIE

E116

AMPUTACION TRAUMATICA EN ALGUN
NIVEL ENTRE LA CADERA Y LA RODILLA

S781

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	3	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	5	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	5	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	3	5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De Situación	4	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	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 moderada
Discapacidad Severa	x 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

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☒ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

☐ No requiere

☒ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Dependencia de otra persona

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

41,88 %

¿Es diferido?: No

29/12/2017

Certificado de Discapacidad: 00086754

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA LOS NOGALES S/N NÚMERO
S/N DISTRITO MARCONA PROVINCIA
NAZCA DEPARTAMENTO ICA
Ica - Nazca - Marcona

29 de
Diciembre
de 2017

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

SALDAÑA MEDINA, CAROLA GIOVANNA

N° CMP

N° RNE

045249

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

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASITA BAR"
CLAS - MARCONA
Dra. Carola C. Saldaña Medina
CMP 45249
MEDICO CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASITA BAR"
CLAS - MARCONA
Dra. Carola C. Saldaña Medina
CMP 45249
JEFE SERVICIO DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASITA BAR"
CLAS - MARCONA
M.C. Victor Manuel Muñoz Sanchez
CMP 43786
GERENTE

¿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 de Educación y Ministerio de Trabajo)

Sí

MINISTERIO DE SALUD
CLAS VISTA ALEGRE
Dr. HERNANDO TATAJE BRICEÑO
GERENTE
C.M.P. N° 23379

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

12

NOMBRES:RAUL APELLIDOS:ALVITEZ JIMENEZ FECHA DE NACIMIENTO: 14-APR-50 SEXO:HOMBRE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 6722090
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 07334020
APELLIDO PATERNO: ALVITEZ
APELLIDO MATERNO: JIMENEZ
NOMBRES: RAUL
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 14/04/1950
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 23/07/2018

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
PROVINCIA: NASCA
DISTRITO: MARCONA
UBIGEO: 110304
CENTRO POBLADO: SAN JUAN
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: CALLE. SN NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. 030 LOTE.017
REFERENCIA DE DOMICILIO:
TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 02/08/2018
FECHA VIGENCIA FINAL: 02/08/2022
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 18669211

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	07334020	ALVITEZ	JIMENEZ		RAUL	MASCULINO	14-APR-50

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

13

FORMATO PC 1000

FECHA: 04-04-2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 45171882

1.2 DEPARTAMENTO:

ICA

1.3 PROVINCIA: NASCA

1.4 DISTRITO: MARCONA

1.5 DIRECCIÓN: P JOVEN TUPAC AHARU H20 LT 32

1.6 REFERENCIA: A UNA CUADRA MINIMARKET

1.7 APELLIDO PATERNO: MUÑOA

1.8 APELLIDO MATERNO: FLORES

1.9 NOMBRES: JONNY LUIS

1.10 CORREO ELECTRÓNICO: JONNLUISFLORES@HOTMAIL.COM

1.11 TELÉFONO:
(CELULAR) 913857751

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NOFIRMA O HUELLA DE LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI: 22093699

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)☐ PADRE(2)

OTRO(3) especificar HERMANA

2.3 APELLIDO PATERNO: CONTRERAS

2.4 APELLIDO MATERNO: FLORES

2.5 NOMBRES: GREGORIA JUANA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO: JUANITACONTRERASFLORES@GMAIL.COM

2.7 TELÉFONO: 912516111

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

3. Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).

Firma del/ de la declarante
FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTEHUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00086743

00003446 - MARCONA



I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Muñoa, Flores, Jonny Luis

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjera
Masculino	40	1	45171882	45171882	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				Si	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

CIE

III.
DIAGNOSTICO
ETIOLOGICO

CIE

TRASTORNO ORGANICO DE LA PERSONALIDAD Y DEL
COMPORTAMIENTO, NO ESPECIFICADO, DEBIDO A ENFERMEDAD, LESION
Y DISFUNCION CEREBRAL
RETRASO MENTAL MODERADO: OTROS DETERIOROS DEL
COMPORTAMIENTO

F079

F718

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	3	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	3	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	1	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	1	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
De Situación	4	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	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 moderada
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
- ☐ Otros productos de apoyo

- ☒ Para marcha y transporte
- ☒ Para comunicación, información y señalización

Personales

- ☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer
- ☐ Para efectos estéticos o cosméticos

- ☒ Dependencia de otra persona

No requiere

- ☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

66,66 %

¿Es diferido?: No

29/12/2017

Certificado de Discapacidad: 00086743

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Paciente bajo cuidado diario de un adulto mayor (madre).

Ademas de presentar trastorno de la marcha por patología en un miembro inferior a descartar por daño neurológico.

Este documento tiene una vigencia de 120 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA LOS NOGALES S/N NÚMERO
S/N DISTRITO MARCONA PROVINCIA
NAZCA DEPARTAMENTO ICA
Ica - Nazca - Marcona

29 de
Diciembre
de 2017

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

SALDAÑA MEDINA, CAROLA GIOVANNA

N° CMP

N° RNE

045249

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

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASTA BAR"
CLAS - MARCONA
Dra. Carola G. Saldaña Medina
CMP 45249
MEDICO CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASTA BAR"
CLAS - MARCONA
Dra. Carola G. Saldaña Medina
CMP 45249
JEFE SERVICIO DE MEDICINA

MINISTERIO DE SALUD
CENTRO DE SALUD "JOSE PASTA BAR"
CLAS - MARCONA
M.C. Victor Manuel Nuñez Sanchez
CMP 43780
GERENTE

¿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 de Educación y Ministerio de Trabajo)

Si

MINISTERIO DE SALUD
CLAS VISTA ALEGRE
Dr. HERNANDO TATUJE BRICENO
C.M.P. N° 23378

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

12

NOMBRES:JONNY LUIS APELLIDOS:MUÑOA FLORES FECHA DE NACIMIENTO: 20-NOV-77 SEXO:HOMBRE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 8444674
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 45171882
APELLIDO PATERNO: MUÑOA
APELLIDO MATERNO: FLORES
NOMBRES: JONNY LUIS
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 20/11/1977
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 01/12/2017

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
PROVINCIA: NASCA
DISTRITO: MARCONA
UBIGEO: 110304
CENTRO POBLADO: SAN JUAN
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: JR. CESAR VALLEJO NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. O LOTE.032
REFERENCIA DE DOMICILIO:
TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 16/01/2018
FECHA VIGENCIA FINAL: 16/01/2022
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 14514210

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	22072548	FLORES	CHIPANA		GRIMALDINA	FEMENINO	29-SEP-48
2	22093699	CONTRERAS	FLORES		GREGORIA JUANA	FEMENINO	29-AUG-68
3	45171882	MUÑOA	FLORES		JONNY LUIS	MASCULINO	20-NOV-77

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes