

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 25 de marzo de 2022

OFICIO N° 0039-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señora

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 siete (07) CASOS

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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0021-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0022-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0023-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0024-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0025-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0026-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0027-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,


VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Se adjunta (39 folios)

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Lima- Provincias: 984996604 Telf. Nacional: 984056206		CASO		N° 0021-2022-CTVC/LIP	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 03/03/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		GAMONAL REQUEZ SAMANTA		3. NÚMERO-DNI: 41391967	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 03/03/2022	
7. DEPARTAMENTO:		LIMA		8. PROVINCIA: BARRANCA	
9. DISTRITO:		PATIVILCA		10. CCPP/DIRECCIÓN: PATIVILCA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 2596097-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 2	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, se realizó la entrevista mediante llamada telefónica a la Sra. LUZMILA ELSA OCAÑA CRUZ, identificado con DNI N°2596097, usuario del Programa Contigo en el distrito Pativilca, identificándose los siguientes puntos críticos:

1. NO CUMPLE CRITERIOS CATEGÓRICOS Y ESTÁ EN EL PROGRAMA SOCIAL (POSIBLE CASO DE FILTRACIÓN)

Informante manifiesta que el año pasado la llamaron del municipio de Pativilca, informándola que es usuaria del programa CONTIGO y que tenía un diagnóstico referente al sistema nervioso (discapacidad accidental encefálico), y, por este diagnóstico, su condición es de discapacidad severa. Usuaría manifiesta que esta noticia la sorprendió y cayó en depresión por casi 2 meses, pues la noticia con dicho diagnóstico significó una tragedia tanto para ella como para toda su familia.

Agrega que después de esta noticia acudió en varias oportunidades al Hospital de Barranca a fin de averiguar sobre su diagnóstico y los tratamientos que tendría que llevar, pero hasta la fecha en el hospital de Barranca **no le han brindado ningún tipo de respuesta**, receta, informe médico o certificado de discapacidad, en el cual se **confirme su enfermedad y/o discapacidad**.

Usuaría recuerda que, la única vez que acudió al hospital fue en el año 2017 a fin de ser atendida por un parto, pero nunca le hicieron, o no recuerda que le hayan realizado, pruebas auxiliares de imágenes o exámenes que podrían llevarla al diagnóstico de discapacidad accidental encefálico.

Informante agrega que, desde que la informaron su condición de usuaria, ha estado cobrando el abono de manera bimestral y este dinero le ayuda para comprarse pastillas (migradoxina) que le ayudan a aliviar la migraña que padece aprox. Desde el 2015, pero que esto no la pone en una condición de discapacidad.

Por último, usuaria manifiesta que tal vez hubo un error involuntario al momento de consignar el diagnóstico en el hospital, al mismo tiempo tiene miedo el diagnóstico de Discapacidad Accidental Encefálico sea cierto y que nadie la haya informado formalmente su estado de salud, por lo que insistirá en el hospital a fin de que descarten o confirmen su diagnóstico de discapacidad.

El equipo técnico del CTVC Lima Provincias ha revisado la data proporcionada por el Programa CONTIGO, y se observa que la usuaria fue afiliada por la modalidad de OFICIO, por lo que alertamos el caso a fin de ser descartar un posible caso de filtración.

Lo descrito se estaría contraviniendo la **RDE-095-2021-MIDIS-PNPDS “Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva” Numeral 6. proceso de gestión de la afiliación a la pensión no contributiva (...)** Los requisitos de ilegitimidad para acceder al programa....a) Contar con un certificado de discapacidad severa emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud para la

Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad.

Así en mismo en la **RDE-074-2021-MIDIS-PNPDS Instructivo para la verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los casos alertados al programa CONTIGO** “Desarrollo: en la verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los casos alertados al Programa CONTIGO, implica, entre otros, la ejecución de acciones en campo, **que permitan verificar un posible caso de filtración (...)**”

2. USUARIO/O NO VIVE EN EL LUGAR DONDE FUE FOCALIZADO

Durante la entrevista telefónica, usuaria del Programa Contigo refiere que, hace aprox. 2 meses se ha trasladado a vivir a Caral, esto es para mejorar la calidad de vida de su menor hijo, quien sufre de insuficiencia renal. Asimismo, manifiesta que su cambio de domicilio aún no ha comunicado a OMAPED de Pativilca.

Sobre lo descrito, se evoca la **RDE-074-2021-MIDIS-PNPDS Instructivo para la verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad de los casos alertados al programa CONTIGO**

6.2.6 Suspensión de la Pensión No Contributiva: “i. (...) a través del cual se pone en manifiesto que no se ha localizado a la/el usuaria/o en el domicilio que se indica como residencia para la clasificación socioeconómica; o se señale el cambio de domicilio de la/el usuaria/o, por lo que la clasificación socioeconómica no responde a su situación actual. En caso de que la alerta sea remitida por un aliado estratégico, **se podrá hacer uso del Acta de visita domiciliaria**”

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA que se brinda a responsables de OMAPED y usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Habilitar canales eficaces capaces de complementar el diagnostico con la certificación de la discapacidad severa de los potenciales usuarios, esto a fin de reducir los casos de filtración, producto del manejo de la data informática
- Indagar la situación de salud y la condición del menor hijo de la usuaria, quien manifestó que sufre de Enfermedad Renal, por lo que podría ser el real paciente en el hospital de Barranca.
- Realizar la visita domiciliaria a fin de determinar la situación real del usuario.

Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04 folios)

1. Copia Ficha de Entrevista V-059-2022-LIP-D. (02 folios)



Vladimir I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA				
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS				
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO				
Teléfono Regional:	984996604	FICHA DE ENTREVISTA		CODIGO N° V-059-2022-LIP-D_
Teléfono Nacional:	984056206	USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO		
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA		
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	03/03/2022/	2	HORA INICIAL de la entrevista:
12:36				
NOTA IMPORTANTE:				
A) La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:				
i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).				
ii) En segunda instancia y solo cuando el usuario es menor de edad o siendo mayor de edad no pueda manifestar su voluntad, la entrevista debe ser aplicada a la persona autorizada para cobrar por el usuario (autorizado mediante resolución del programa Contigo).				
B) En caso la ficha se aplique a la persona autorizada para cobrar, entonces la entrevista debe hacerse y comprenderse como si se aplicara al mismo usuario.				
C) PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA: ☒ Enero - Febrero ☐ Marzo - Abril ☐ Mayo - Junio ☐ Julio - agosto ☐ Setiembre - octubre ☐ Noviembre - diciembre				
I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:				
3	N° DNI del Usuario:	42596097	4	Apellidos y nombres del Usuario:
5	DEPARTAMENTO:	LIMA	6	PROVINCIA:
7	DISTRITO:	SUPE	8	CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:
9	Fecha de nacimiento del Usuario:	05 / 09/ 1984/	10	Condición de edad del Usuario
11	Sexo del Usuario:	☒ Femenino ☐ Masculino	12	Teléfono/celular del Usuario:
13	Nivel de Instrucción del Usuario:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria ☒ Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior		971657098
14	Idioma predominante del Usuario:	☒ Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____		
II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:				
15	¿Quién es el Informante?	☒ El Usuario ☐ Persona autorizada para cobrar		
Si el Informante es el propio USUARIO, pase a la pregunta 23 y siguientes				
16	N° DNI del Informante:	17 Apellidos y nombres del Informante:		
18	Sexo del Informante:	19 Teléfono/celular del Informante:		
20	Reside en la misma vivienda con el Usuario/a?	21 Relación de parentesco con el Usuario/a:		
22	Idioma predominante del Informante:	(a) Madre (b) Padre (c) Otro: _____		
III. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA				
A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA				
23	¿El trámite de afiliación al programa Contigo fue gratuito?	SI NO NS/NR NA		
23.1	Si la respuesta es "NO", diga cuánto pagó:	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más NS/NR NA		
23.2	¿El personal que recibió su solicitud de afiliación, lo atendió en el Idioma que usted usa?	SI NO NS/NR NA		
23.3	¿Cómo califica la atención recibida por el personal que recibió su solicitud de afiliación?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena NS/NR NA		
23.4	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?	años/ meses/ NS/NR NA		
24	¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?	SI NO NS/NR NA		
25	¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?	SI NO NS/NR NA		
26	¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?	SI NO NS/NR NA		
27	¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?	SI NO NS/NR NA		
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN				
28	¿Solicitó la autorización para el cobro de la pensión al Programa Contigo?	SI NO NS/NR NA		
De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 29 y siguientes				
28.1	¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización?	(a) Municipalidad-OMAPED (b) Sede del Programa CONTIGO-Lima (c) Otro: _____ NA		
28.2	¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?	SI NO NS/NR NA		
28.3	Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó:	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más SI NO NS/NR NA		
28.4	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?	SI NO NS/NR NA		
28.5	¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena NS/NR NA		
28.6	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?	años/ meses/ NS/NR NA		
C. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA				
29	¿Quién se encarga de cobrar la pensión?	☒ El Usuario ☐ Persona autorizada para cobrar ☐ Persona con autorización en trámite ☐ Persona que cobra, pero sin autorización ☐ Otro: _____		
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre? RECIENTE ACUDIRÁ A COBRAR	SI NO NS/NR NA		
30.1	De marcar NO precise ¿Por qué no se cobró la pensión? → Y Pase a la Pregunta 40 y siguientes:			
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE				
31	¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?	SI NO NS/NR NA		
De marcar NO Pase a la Pregunta 32 y siguientes				
31.1	¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario? Puede marcar más de una opción:	(a) La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa (b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro (c) Banco/cajero NO tiene acceso expedito para personas con discapacidad (d) Banco/cajero cerrado/no atiende (e) No abonaron la cuenta del usuario (f) Bloquearon la cuenta del usuario (g) Pérdida de tarjeta del usuario (h) Otros Precise: _____		
C.2. ATENCIÓN EN EL BANCO DE LA NACIÓN / AGENTE BANCARIO/ETV				
32	¿Le pagaron completo el monto de la pensión en el Banco/Agente?	SI NO NS/NR NA		
33	¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?	SI NO NS/NR NA		
34	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)	SI NO NS/NR NA		
35	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena NS/NR NA		
C.3. MEDIO DE TRANSPORTE, TIEMPO Y COSTO PARA IR A COBRAR AL PUNTO DE PAGO				
36	¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	(a) Caminando (b) Transporte público (c) Bote/ Peque-peque/ Chalupa (d) Acémila (e) Otro: especifique _____ NS/NR NA		
37	¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	días horas minutos 30 minutos NS/NR NA		
38	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?	(a) de 1 a 20 soles (b) 21 a 50 soles (c) 51 a 100 soles (d) de 101 soles a más (e) Nada NS/NR NA		
39	¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde se cobra la pensión del Usuario?	SI NO NS/NR NA		
IV. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO				
A. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE USUARIO/A (Para Usuarios/as mayores de 18 años que expresan voluntad)				
40	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI NO NS/NR NA		
41	El Programa le brinda información acerca de sus derechos	SI NO NS/NR NA		
42	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	SI NO NS/NR NA		
B. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresan voluntad)				
43	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI NO NS/NR NA		
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;	SI NO NS/NR NA		
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	SI NO NS/NR NA		
SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL				

46	En los 4 últimos meses ¿el personal de OMAPED o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?	SI	~~NO~~	NS/NR			
47	En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado?	SI	~~NO~~	NS/NR			
48	¿Como considera que lo tratan en su casa?	(a) Muy mal	(b) Mal	(c) Regular	(d) ~~Bien~~	(e) Muy Bien	
48.1	En caso de marcar muy mal, mal, regular, mencione por qué:						
49	¿Con que servicios cuenta su casa? (lugar donde permanece el usuario) Puede marcar más de una opción	~~(a) Agua~~	~~(b) Desagüe~~	~~(c) Energía eléctrica~~	(d) Cable	(e) Internet	
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD							
SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD							
50	¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	Puede ampliar la respuesta en observaciones			SI	~~NO~~	NS/NR
51	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones			SI	~~NO~~	NS/NR
52	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones			SI	~~NO~~	NS/NR
53	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones			SI	~~NO~~	NS/NR
54	OBSERVACIONES (o dificultades)						
POR ENFERMEDAD Y LA EMERGENCIA SANITARIA DE SU MENOR HIJO SE HA TRANSADO A CARAL DE MANERA INDEFINIDA (HACE 2 MESES) USUARIA MANIFIESTA QUE EL AÑO PASADO LA LLAMARON DEL MUNICIPIO INFORMANDOLA QUE ES USUARIA DEL PROGRAMA CONTIGO, USUARIA MANIFIESTA QUE EN EL MUNICIPIO LE DIJERON QUE TENIA UN DIAGNOSTICO REFERENTE AL SISTEMA NERVIOS (DISCAPACIDAD ACCIDENTAL ENCEFALICO), Y, POR ESTE DIAGNOSTICO, SU CONDICION PASABA A SER UNA CIUDADANA CON DISCAPACIDAD SEVERA. USUARIA MANIFIESTA QUE ESTA NOTICIA LA SORPRENDIÓ Y CAYO EN DEPRESION POR CASI 2 MESES. AGREGA QUE DESPUES DE ESTA NOTICIA ACUDIÓ EN VARIAS OPORTUNIDADES AL HOSPITAL DE BARRANCA A FIN DE AVERIGUAR SOBRE SU DIAGNOSTICO Y LOS TRATAMIENTOS QUE TENDRÍA QUE LLEVAR, PERO HASTA LA FECHA EN EL HOSPITAL NO LE HAN BRINDADO NINGUN TIPO DE RESPUESTA, RECETA, INFORME MEDICO EN EL CUAL SE CONFIRME SU ENFERMEDAD Y/O DISCAPACIDAD. USUARIA ADEMÁS, RECUERDA QUE EN EL 2017 ACUDIO AL HOSPITAL DE BARRANCA A FIN DE SER ATENDIDA POR UN PARTO, PERO NUNCA LE HICIERON NINGUN TIPO DE PRUEBAS, TOMOGRAFÍAS, EXAMENES QUE PODRIAN LLEVARLA AL DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD ACCIDENTAL ENCEFÁLICO. USUARIA MANIFIESTA QUE CONSUME UNAS PASTILLAS PARA ALIVIAR SU MIGRAÑA, (MIGRADOXINA ES EL MEDICAMENTO QUE COMPRA CON LA PENSIÓN DE CONTIGO) PERO QUE ESTO NO LA IMPOSIBILITA O LA PONE EN UNA CONDICION DE DISCAPACIDAD. POR ULTIMO, USUARIA MANIFIESTA QUE QUIZA HUBO UN ERROR INVOLUNTARIO AL MOMENTO DE CONSIGNAR EL DIAGNOSTICO EN EL HOSPITAL, AL MISMO TIEMPO TIENE MIEDO QUE SEA CIERTO SU DIAGNOSTICO Y QUE NADIE LA HAYA INFORMADO, POR LO QUE INSISTIRÁ EN EL HOSPITAL A FIN DE QUE DESCARTEN O CONFIRMAN SU DIAGNOSTICO DE DISCAPACIDAD DE ORIGEN ENCEFALICO							
RECOMENDACIONES							
56	FECHA FINAL de la entrevista:	03 /03 /2022 /	57	HORA FINAL de la entrevista:	13:22		
DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				
Nombres y Apellidos:			Nombres y Apellidos:				
DNI:			DNI:				
Cargo:			Cargo:				
Correo electrónico:			Correo electrónico:				
Teléfono:			Teléfono:				