

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Apurímac, 10 de mayo de 2023

OFICIO N° 0036-2023-CTVC/APURIMAC

Señor

JULIO MENDIGURE FERNANDEZ

Director Ejecutivo (e)

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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 0077-2023-CTVC/APU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

.....
Guerson Yovani Paliza Pinto
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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Abancay: 942160032 Teléfono Nacional: 951864589		CASO		N° 0077-2023-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	09/05/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:	PALIZA PINTO GUERON YOVANI		3. NÚMERO-DNI:	31040792	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	09/05/2023
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	AYMARAES		
9. DISTRITO:	TAPAIRIHUA	10. CCP/DIRECCIÓN:	SOCCO- TACAHUARA		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	80382239-POTENCIAL USUARIO		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico		
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de veeduría realizadas por el miembro del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** Se recibió la llamada telefónica del señor Walter Javier Tapia Cuellar con DNI 80382239, manifestando que padece de discapacidad severa como evidencia se adjunta su certificado de discapacidad, también manifestó que presentó su solicitud de afiliación en la oficina de Omaped de la municipalidad de Tapairihua en el mes de enero del 2023 (**ver anexo 04**). Al consultar en la página web del programa: **consulta usuario**, señala: *“el DNI ingresado no ha presentado una solicitud de afiliación al programa contigo. Verifique que el DNI este correcto”*. (**ver anexo 03**), aparentemente el documento enviado al programa por la municipalidad de Tapairihua, no ha tenido el tratamiento esperado, perjudicando al ciudadano; situación que crea malestar en el ciudadano, porque cree que a pesar de su situación de discapacidad y vulnerabilidad siente que es discriminada por el programa, vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar lo indicado en la **DIRECTIVA N°. 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE “GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA”** Numeral 6. **PROCESO DE GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA 6.1. DISPOSICIONES GENERALES 6.1.1.** Existen dos

modalidades para la postulación al Programa CONTIGO: a) De parte: A través de la cual, la persona con discapacidad severa u otro en representación de la primera, presenta una solicitud de afiliación al Programa CONTIGO, iniciando el proceso de afiliación. b) De oficio: A través de la cual, el Programa CONTIGO, u otra entidad, identifica a la persona con discapacidad severa, y promueve que ésta inicie el proceso de afiliación. 6.1.2. Los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, se encuentran establecidos en el Artículo 59 de la Ley N° 29973, Ley de la Persona con Discapacidad y en el Artículo 8° del Decreto Supremo N° 004- 2015-MIMP, siendo éstos los siguientes: 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; b) No percibir ingreso o pensión que provenga del ámbito público o privado, incluyendo las prestaciones económicas que se otorguen a través del Seguro Social de Salud - EsSALUD; c) Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.

6.2.2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER AL PROGRAMA CONTIGO La/el Especialista en Elaboración de Padrón o quien haga sus veces, empleará como código único de identificación el Documento Nacional de Identidad – DNI o el Carnet de Extranjería – CE, para verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, precisados en el numeral 6.1.2

- Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho.

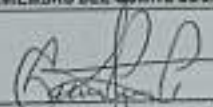
V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 08)

1. Anexo 01: Ficha de atención N°024-2023-APU-D (01 folio)
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: Captura pantalla página web del programa
4. Anexo 04: Copia de oficio presentado al programa (02 folios)
5. Anexo 05: Copia de certificado de discapacidad (02 folios)
6. Anexo 06: Copia DNI (01 folio)
7. Anexo 07: Fotografía del ciudadano (01 folio)



.....
Guerson Yovani Paliza Pinto
Responsable Regional.

ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-024-2023- D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-024-2023-APU-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 con X: <input checked="" type="checkbox"/> CONTIGO (X) <input type="checkbox"/> CUNA MÁS () <input type="checkbox"/> FONCODES () <input type="checkbox"/> JUNTOS () <input type="checkbox"/> PAIS () <input type="checkbox"/> PENSIÓN 65 () <input type="checkbox"/> QALI WAKMA () <input type="checkbox"/> SISFOH ()		2. FECHA de REGISTRO: 09/05/23			
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
1. Apellidos Nombres: Tapia Cueller Walter Javier		4. Documento-DNI: 80382239			
5. Sexo (Género): Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento: 31.03.1970			
7. Es Usuario(a)? Si () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES			
9. Correo Electrónico: -		10. Telef. Personal: -			
11. Institución/Cargo: -		12. Telf. Institucional: -			
13. Departamento: Apurimac		14. Provincia: Ayacucho			
15. Distrito: Tapairihua		16. CCPP/Dirección: Socco-Tacahuara			
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 04/05/23	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Apurimac		19. Provincia: Ayacucho			
20. Distrito: Tapairihua		21. CCPP/Dirección: Socco-Tacahuara			
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:					
<p>22. LOS HECHOS OCURRIDOS: CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 señalar todos con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Ocupación); QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE 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?</p> <p>El señor Walter Javier Tapia Cueller con DNI 80382239, manifestó que padece de discapacidad severa. También manifestó que presentó su solicitud de afiliación en la oficina de Omgup del municipio de Tapairihua (adjunta oficio). Cree que es difícil acceder por el programa porque hasta la fecha no tiene conocimiento del estado de su trámite. Vive en condiciones muy precarias no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, por esta razón solicita su pronta afiliación al programa.</p> <p>X Atendido via celular.</p>					
23. TIPO de ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()				24. TOTAL FOLIOS:	
25. Docs. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimto () Copia DNI () DJ () Otra ()					
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL YEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES APELLIDOS: Guerson Juani Paliza Pinto DNI: 31040742 CARGO: Responsable Regional del eTUC - Apurimac			NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____		

ANEXO 02: CAPTURA DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

3- Clasificación Socioeconómica: POBCE

4- Vigencia de Clasificación Socioeconómica: DEBE ZERARTE HASTA ZERARTE

5- Departamento(): APURIMAC

6- Provincia(): CANMAS

7- Distrito(): TUMAYLA

8- Centro Poblado: ESMAJES - TACAFASA

9- Dirección Vialidad: CTR. SICO HNO. FUERZA DE PISO 01

10- Estado de Vigencia: VIGENTE

ID	TIPO DOC.	DNI	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	FECHA NACIMIENTO	EDAD	RESTRICCION
1	DN	80302239	RAQUEL JAVIER	TAPIA	QUELLAR		31/05/1979	38	SIN RESTRICCION
2	DN	74878025	ABRAHAM	TAPIA	ESPINOZA		31/05/2004	18	SIN RESTRICCION
3	DN	80307032	TOMASA	ESPINOZA	ROJAS		31/07/1978	38	SIN RESTRICCION

ANEXO 03: CAPTURA PANTALLA PAGINA WEB DEL PROGRAMA

The screenshot shows the website interface for 'CONTIGO'. At the top, there are navigation links: 'INICIO', 'REGISTRACIONES', 'CONTRATACIONES', and 'CONTABILIDAD'. The main content area features a login form with the following fields:

- Input field: 'Ingresar el DNI y la Fecha de nacimiento *'
- DNI input: '80302239'
- Fecha de nacimiento input: '31/05/1979'

Below the inputs, a red error message states: 'EL DNI INGRESADO NO HA PRESENTADO UNA SOLICITUD DE AFILIACION AL PROGRAMA CONTIGO. VERIFIQUE QUE EL DNI ES EL CORRECTO.' A red 'CONFIRMAR' button is positioned below the message, along with a link that says '¿Necesita ayuda?'.

At the bottom of the page, there is a footer with the text: 'El Programa Nacional de Entrega de la Pensión de Contributivo a la persona con discapacidad en su situación de Pobreza - CONTIGO, es una entidad adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Para más información, comuníquese'.

On the right side, there is a red vertical button that says '¡CONTIGO EN LINEA!' and '¡EMBAJADA DIGITAL!'.

Anexo 04: Copia de oficio presentado por la municipalidad y Formato PC 1000

"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Tapairihua, 10 de enero del 2023

Oficio N° 002 -2023 - OMAPED – MDT/AYMA-APU

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

Av. Faustino Sánchez Carrión N° 417

Magdalena del Mar

Asunto: Envío expediente para afiliación de cobro del Programa Nacional CONTIGO.

De mi especial consideración.

Tengo el agrado de dirigirme a su despacho que tiene a Cargo, para saludarle y al mismo tiempo hacerle llegar para el trámite que corresponda, expediente para afiliación al programa de la Pensión no contributiva de 01 persona con discapacidad severa que cumple los requisitos del Programa CONTIGO del distrito Tapairihua de la Provincia de Aymaraes – Apurímac como se detalla en la relación adjunta.

N°	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE Y APELLIDOS DE USUARIO	D.M.I.	FOLIOS
1	APURIMAC	AYMARAES	TAPAIRIHUA	WALTER JAVIER TAPIA CUELLAR	ED382239	01 de 01

Para las coordinaciones que fuera necesarias agradeceré comunicarse con el responsable de la OMAPED Distrital de Tapairihua al teléfono N°983600687 y al correo electrónico Uletapayrihua@gmail.com.pe.

Sin otro en particular me despido, no sin antes desearle éxitos en su gestión y expresarle las muestras de mi especial consideración.

Atentamente





PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Ministerio de Inclusión Social

Programa Nacional de Entrega de la Pensión por Contribución a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza (COP 190)



Fórmula 1/2

FORMATO PC 1000

TRÁMITE: AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO REINCORPORACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

(Marque con una X el trámite que realice)

FECHA: 10/10/2023

I. DATOS LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 80982237

1.3 APELLIDO PATERNO TAPIA

1.4 APELLIDO MATERNO CHELLAR

1.5 NOMBRES WALTER JAVIER

1.6 M F 1.7 52 1.8 31/03/1970

1.9 ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? SI No SÍ

1.10 ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA? SI No SÍ

1.11 POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, USTED SE CONSIDERA: (Indicar el pueblo o cultura)

- QUECHUA AYMARA NATIVO O P. INDÍGENA DE LA AMAZONIA NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/MESTIZAJE BLANCO MESTIZO OTRO NO SABE PERTENECIENTE O ANTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORDINARIO

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA LETRADO NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO APURIMAC PROVINCIA AYMARAEZ

DISTRITO TAPAIRIHUA CENTRO POBLADO SOCCO

TIPO DE VÍA AVENIDA AVENIDA CALLE PASAJE OTRO

NOMBRE DE LA VÍA TACAHUARA

NÚMERO KM ME INTERIOR N° DE DPTO LT PSD 01 BLOQUE

TIPO DE ZONA AAHH CASERIO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA

1.14 TELÉFONO FIJO - 1.15 TELÉFONO CELULAR

1.16 CORREO ELECTRÓNICO

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00406630

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 07/06/2022 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 36 meses

1.21 ¿ACEPTA INSCRIBIRSE EN EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNP del CONADIS? SI No

1.22 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD? SI No

(Si marca SÍ, complete la información del apartado II del formato, si marca NO pise la preimpresa 1.23)

1.23 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA MANIFIESTA SU VOLUNTAD?

SI NO (Si marca NO, complete la información del apartado II del formulario, si la respuesta es SI, pase a la pregunta 1.24)

1.24 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD TIENE DIFICULTAD PARA TRASLUCARSE A UNA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN?

SI NO (Si marca SI, complete la información del apartado II del formulario, si la respuesta es NO, firme el formulario en señal de conformidad)

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O. Si la persona con discapacidad es menor de edad es el/los/a el/los regente/s, apóstele al si se trata de un adulto que lo requiere

1.1 TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

2.3 APELLIDO PATERNO

2.4 APELLIDO MATERNO

2.5 NOMBRES

2.6 TELÉFONO

2.7 CORREO ELECTRÓNICO

2.8 PARENTESCO CON LA/EL AUTORIZADA/O MADRE/PADRE HERMANA/O NECUA/O HERA/O NIETA/O TÍO/O PRIMA/O ESPOSADO OTRO PARENTE

2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL? SI NO (Solo aplica si es un parentesco diferente a madre/padre)

2.10 Declaro que realice todos los deberes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco la responsabilidad que me corresponde al realizar su afiliación.

2.11 Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de ingreso de la persona con discapacidad severa, y en caso de no 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).

III. CONFORMIDAD

3.1 Expongo mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considero 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.

3.2 En caso se compruebe que los datos citados y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsos, 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).

3.3 En el caso resulte ser incorporado/a al Programa CONTIGO, me comprometo a mantener actualizada la información de la/ el usuario/a y/o autorizada/o: dirección, teléfono fijo, celular, correo electrónico, clasificación socioeconómica, según corresponda, entre otros. Para la actualización de datos se deberá utilizar la Ficha de Actualización de Datos (FAD).

3.4 Del resultado de la presente solicitud, autorizo al Programa CONTIGO la creación de una cuenta de ahorro para hacer efectivo el depósito de la pensión contributiva. Así como que el Programa CONTIGO establezca la modalidad de pago de la pensión.

3.5 Tengo consentimiento que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarios/as al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.

3.6 La persona con discapacidad o su representante autorizado suscribe y/o coloca su huella digital en señal de conformidad.

PERSONA CON DISCAPACIDAD
Nombre y Apellido
DNI 80382239
Código



AUTORIZADO
Nombre y Apellido
DNI
Código



SOLICITANTE POR EL RESPONSABLE DE CAMPO DEDICADO (DNI) ** (ALGO SI SE USARE EL FORMATO POR EL SOLICITANTE)
Nombre y Apellido: HERNÁNDEZ TEJEROS ESPINOZA
DNI: 10649678
Código: 1983600087
Cargo: DT-03-PC-D
Municipalidad: DISTRITO DE TRAPINUA

FIRMA

* Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera**

Anexo 05: Certificado de discapacidad

Certificado de Discapacidad: 00406630



PERU Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29573

Nro.: 00406630
00002567 - SOCCO

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
TAPIA CUELLAR, WALTER JAVIER

SEXO	EDAD		N° I.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Masculino	Niños	Meses	00380239	DNI/E 80382239	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO./PROVIDIS)			DIRECCION RENIEC			
Apurimac / Aymaraes / Tarma			ANEXO SOCCO			
UBIGEO ACTUAL (DPTO./PROVIDIS)			DIRECCION ACTUAL			
Apurimac / Aymaraes / Tarma			COMUNIDAD DE SOCCO			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

	CIE	II. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Secuelas de procedimientos médicos y quirúrgicos como la causa de reacción anormal del paciente o de complicación posterior, sin mención de incidente en el momento de efectuar el procedimiento	Y883	Tumor benigno de otras partes especificadas del sistema nervioso central	D337

IV. DISCAPACIDAD

De La Condada		0	Sin limitación
De La Comunicación	3	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	4	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	2	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	4	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Vestimenta	4	5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda con la palma ocular.
De Situación	5	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	2-3	Si el (os) 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, es 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

-%

¿Es ordenado? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

EVALUACIÓN PERIÓDICA POR NEUROCIRUGÍA: CONTINUAR CON TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.

Se recomienda su reevaluación en 36 meses desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

SECTOR SOCCO
Apurímac - Aymaraes -
Tupac Katari

7 de Junio de
2022

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

ROZAS ALARCON, YSLESKA ROSA

N° CMP

N° RNE

085891

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO
QUE CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO



Ysleska
Ysleska R. Rozas Alarcon
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 085891



Ysleska
Ysleska R. Rozas Alarcon
MÉDICO CIRUJANO
CMP: 085891



Sandra
Sandra Yessica Tello Huarcaya
LIC. ENFERMERIA
CER. 70839

¿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

Anexo 07: Fotografía del estado actual del ciudadano

