

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

La Libertad, 10 de junio de 2022

OFICIO N° 0080-2022-CTVC/LA LIBERTAD

Señora

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

Directora Ejecutiva

Programa Nacional del proceso 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 (en adelante, El 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° 0079-2022-CTVC/LIB

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.

Agradeciendo la atención de la presente, quedo de Usted.

Atentamente,



.....
Adán Constante Briceño Rojas
Responsable Regional

¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

La Libertad: 942161680 Teléfono Nacional: 942160416	CASO	N° 0079-2022-CTVC/LIB
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 08/06/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:		
2. APELLIDOS NOMBRES:	NAVARRO ZARATE EDEYMELI	3. NÚMERO-DNI: 03845314
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	-	5. CARGO: -
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA: 08/06/2022
7. DEPARTAMENTO:	LA LIBERTAD	8. PROVINCIA: TRUJILLO
9. DISTRITO:	SALAVERRY	10. CCPP/DIRECCIÓN: VILLA MARINA-ALTO SALAVERRY
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 03845314-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):		

El **08/06/2022**, la Sra. **EDEYMELI NAVARRO ZARATE**, manifestó vía telefónica (949 742 338) sobre la demora en la atención en su caso por el programa Contigo y por ello, se presenta el siguiente punto crítico:

- DEMORA EN RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION/REINCORPORACION.** La señora **Edeymeli Navarro Zarate** vía telefónica manifestó lo siguiente, pudo acceder al **Oficio N° 139-2020-SG-MDS**, de fecha de **30.12.2020-véase anexo N°03**, en cual está dirigido al director del Programa Contigo, donde se establece las solicitudes de afiliación de 09 potenciales usuarios, siendo uno de ellos su caso y este fue **recepionado por mesadepartes@contigo.gob.pe** con fecha 05.01.2022 **véase anexo N°04**. Sin embargo, aun su nombre no aparece en el padrón de usuarios y al consultar en la plataforma “Consulta de Usuarios”- <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> se evidencia el mensaje “**el DNI ingresado cola de espera**”-véase anexo N° 02.

Asimismo, acota la Sra. Edeymeli Navarro Zarate ser una persona con discapacidad severa y esto es ratificado según Certificado de Discapacidad N° 00260989-de fecha 05/11/2020, con diagnóstico de daño: **DEFICIENCIA VISUAL SEVERA, BINOCULAR según CIE H54111- Véase anexo N° 06**. Además, la ciudadana se encuentra en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares. **Véase anexo N° 05**.

El **Artículo 2 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP**, que crea el Programa de pensión por discapacidad severa, establece que, El Programa tiene por objeto otorgar una pensión no contributiva a cargo del Estado a las personas con **discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza**, con la finalidad de elevar su calidad de vida.

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a) Se recomienda al Programa Contigo verifique lo descrito y de corresponder inicie el proceso de afiliación al ciudadano en mención en concordancia de su directiva, y además de informarnos de las acciones adoptadas para la solución del presente.
- b) El Programa articule acciones entre los sectores e instituciones en todos los niveles, para establecer vinculación entre sí y complementar capacidades, así como alinear objetivos y acciones, con la finalidad de disminuir los casos de subcobertura.

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

- 1. Copia de Ficha de Atención N° A-027-2022-LIB-D. (01 folio).
- 2. Captura de pantalla de la Consulta de Usuarios del Programa-<https://contigo.gob.pe/login-usuario/> (01 folio).
- 3. Copia del **Oficio N° 139-2020-SG-MDS**-solicitud de afiliación. (01 folio).
- 4. Copia de recepción del **Oficio N° 139-2020-SG-MDS**-mesa de partes del programa CONTIGO. (01 folio).
- 5. Captura del resultado de la Condición Socioeconómico de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate (01 folio).
- 6. Copia del Certificado de Salud de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate (02 folios).
- 7. Copia del DNI de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate (01 folio).



.....
Adán Constante Briceño Rojas
Responsable Regional

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		ANEXO N° 01.- Copia de Ficha de Atención N° A-027-2022-LIB-D	
FICHA DE ATENCIÓN			
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 pon X:		2.FECHA de REGISTRO:	
JUNTOS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () CUNA MÁS () FONCODES () SISFOH () PAIS () CONTIGO (X)		08/06/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)			
3. Apellidos Nombres:	NAVARRO ZARATE EDEYMELI	4. Documento-DNI:	03845314
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:	15/01/1960
7. Es Usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)	8. Tiempo Residencia:	(746) MESES
9. Correo Electrónico:	----	10. Telef. Personal:	949 742 338
11. Institución/Cargo:	-----	12. Telf. Institucional:	-----
13. Departamento:	LA LIBERTAD	14. Provincia:	TRUJILLO
15. Distrito:	SALAVERRY	16. CCPP/Dirección:	VILLA MARINA-ALTO SALAVERRY
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:		17.FECHA OCURRENCIA: 08/06/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:			
18. Departamento:	LA LIBERTAD	19. Provincia:	TRUJILLO
20. Distrito:	SALAVERRY	21. CCPP/Dirección:	VILLA MARINA-ALTO SALAVERRY
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?			
El 08/06/2022, la Sra. EDEYMELI NAVARRO ZARATE, manifestó vía telefónica (949 742 338) pudo acceder al			
Oficio N° 139-2020-SG-MDS, de fecha de 30.12.2020, donde la municipalidad de salaverry solicita su			
Afiliación al programa Contigo. Sin embargo, su nombre aún no aparece en el padrón de usuarios			
La Sra. Edeymeli Navarro Zarate identificada con DNI 03845314 ser una persona con discapacidad severa y			
esto es ratificado según Certificado de Discapacidad N° 00260989-de fecha 05/11/2020, con diagnóstico de			
daño: DEFICIENCIA VISUAL SEVERA, BINOCULAR según CIE H54111.			
23.TIPO d ATENCIÓN:		24.TOTAL FOLIOS:	
Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()		0	
25.Dctos. ADJUNTOS:		26.OBSERVACIONES:	
Memorial () Informe () Oficio () Constancia (1) Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (2) DJ () Otros (1)			
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)		NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL	
 NOMBRES APELLIDOS: ADAN CONSTANTE BRICEÑO ROJAS. DNI: 18172001 CARGO: RRTVC LL		_____ NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LA LIBERTAD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Anexo N° 02.- Captura Captura de pantalla de la Consulta de usuarios del Programa-<https://contigo.gob.pe/login-usuario/>

← → ↻ contigo.gob.pe/login-usuario/

Idukay WhatsApp Consulta del Padro... Software de asisten... 08_fecha Home page - Client... Consulta de Validez... Registro de Expedie... Appjuntos YouTube

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social contigo

PTC PORTAL TRANSPARENCIA

ATENCIÓN AL USUARIO (01) 644 9006

INICIO PROGRAMA CONTIGO ¿DÓNDE ESTAMOS? ¿COMO SER USUARIO?

Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento

N° DNI
03845314

dd/mm/aaaa
15/01/1960

EL DNI INGRESADO COLA DE ESPERA

CONSULTAR

¿Necesitas ayuda?

ASISTENTE EN LINEA

HERRAMIENTA DIGITALES

El Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de Pobreza - CONTIGO, es una entidad adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Anexo N° 03.- Copia del Oficio N° 139-2020-SG-MDS-solicitud de afiliación (hoja 1)

“AÑO DE LA UNIVERSALIZACION DE LA SALUD”

Salaverry, 30 DIC. 2020

OFICIO N° 139-2020-SG-MDS.-

Señor: Dr. Juan Carlos Velasco Guerrero.
Director Ejecutivo.
Programa Nacional de Entrega de la pensión No Contributiva a personas con
Discapacidad en estado de Pobreza
CONTIGO
Av. José Faustino Sánchez Carrión # 417.
Magdalena del Mar.
Asunto: Remito **Solicitudes de Afiliación** al Programa Nacional CONTIGO:

Tengo el agrado de dirigirme a usted a fin de saludarle cordialmente a nombre de la
Municipalidad Distrital de Salaverry, provincia de Trujillo, Departamento de La Libertad que
represento y a la vez remitirle las **Solicitudes de Afiliación** de la pensión de usuarios
menores de edad y mayores de edad que no pueden expresar su voluntad del Programa
Nacional CONTIGO a fin de que se pueda dar inicio al trámite correspondiente.

N°	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	Nombres y Apellidos del usuario	DNI	Fol
01	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Burgos Santos, Olivia Jackeline	70659310	De 5
02	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Gómez Campos, Dani Jeancarlos	77492399	D 1
03	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Giron Pozo, Felipe	71063157	
04	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Loyola Alache, Rosa Margarita	45658901	
05	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Navarro Zárate, Edeymeli	45658902	
06	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Rosario Neyra, Alexandra O.	46771282	
07	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Sánchez Murga, Fiorela Natali	60491082	
08	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Silva Bernardo, María del Carmen	77326094	
09	La Libertad	Trujillo	Salaverry	Ucañán Morales, Jacinta Elva	73948447	

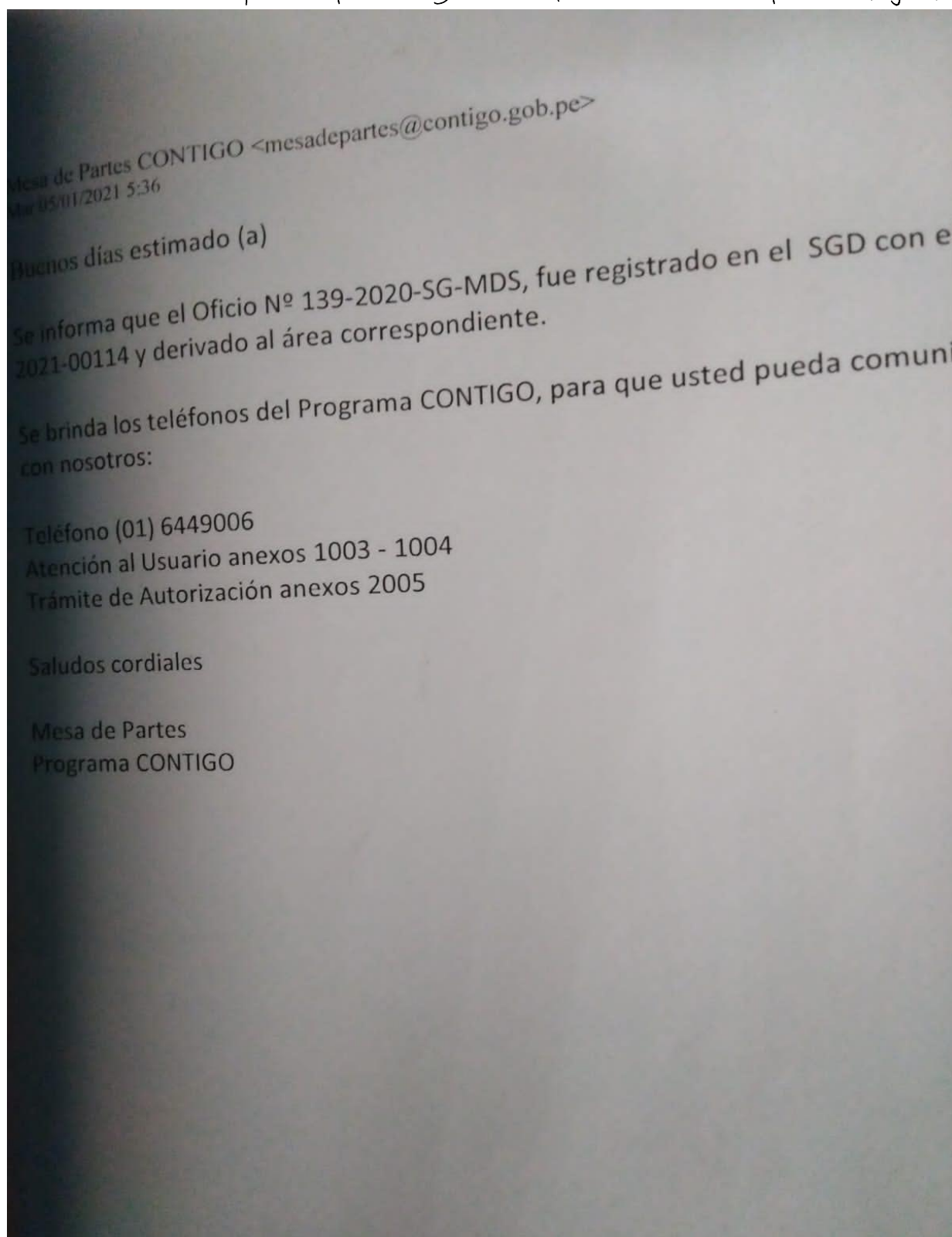
**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Anexo N° 04.- Copia del Oficio N° 139-2020-SG-MDS-solicitud de afiliación (hoja 2)



**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Anexo N° 05.- Captura del resultado de la Condición Socioeconómico de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR

Estimado(a) ciudadano(a): NAVARRO ZARATE EDEYMELI a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 8/06/2022 a las 14:56:48

1. Código de Hogar : 9287983
2. Código Clasificación Socioeconómica : 23856757
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 14/12/2018 Hasta 14/12/2022
5. Fuente(*) : ULF
6. Departamento : LA LIBERTAD
7. Provincia : TRUJILLO
8. Distrito : SALAVERRY
9. Centro Poblado : ALTO SALAVERRY
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : OTRO. VILLA MARINA NRO. PUERTA SN PISO.1 MZA. U8
LOTE.8
12. Referencia de la Dirección : PARADERO 16
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar :

Tipo Documento	N° Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	03845314	EDEYMELI	NAVARRO	ZARATE

Generar PDF

Volver

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LA LIBERTAD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Anexo N° 06.- Copia del Certificado de Salud de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate (hoja 1)

PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00260989
Establecimiento de Salud: 00007152 - DISTRITAL ALTO MOCHÉ-WALTER CRUZ VILCA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Navarro, Zarate, Edeymeli

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Femenino	Años	Meses	03845314	DNI	Carnet extranjera
	60	9		03845314	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO
Deficiencia visual severa, binocular

CIE: H541

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO
CIE: -

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	1	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	3	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4		
De Situación	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.
		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

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

66.38 %

¿Es diferido?: No

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

Copia del Certificado de Salud de la Sra. Edeymeli Navarro Zarate (hoja 2)

Certificado de Discapacidad: 00260989

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

5/11/2020

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
MZ N° 37 LOTE 01 5 de Noviembre de
La Libertad - Trujillo - 2020
Moche

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA
VALDERRAMA VALDIVIA, CARLOS SEGUNDO

N° CMP 25002 **N° RNE** 25215

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

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LL
Dr. Carlos Valderrama Valdivia
CMP 25002 - RNE 25215
CERTIFICADOR DE DISCAPACIDAD

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LL
UTES N° 6 TRUJILLO ESTE
Mg. Marcos N. Valverde Angulo
SUB GERENTE MEDICO REO MOCHE

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LL
UTES N° 6 TRUJILLO ESTE
Mg. Marcos N. Valverde Angulo
SUB GERENTE MEDICO REO MOCHE

¿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

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”

[illegible]