

**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, 05 de diciembre de 2022

OFICIO N° 0201-2022-CTVC/LA LIBERTAD

Señora.

NANCY NÉRIDA AUCAHUASI DONGO

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a las 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° 0121-2022-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 demuestran.
- 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**.
- 5) 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: 948103582 Teléfono Nacional: 942160416	CASO	N° 0121-2022-CTVC/LIB	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	30/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GINA SARAVIA HUAMAN	3. NÚMERO-DNI:	47287418
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DISTRITO CASA GRANDE	5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	16/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	LA LIBERTAD	8. PROVINCIA:	ASCOPE
9. DISTRITO:	CASA GRANDE	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MOCAN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	42449714-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El 16/11/2022, La Sra. Gina Saravia Huamán, manifestó vía telefónica (936812052) sobre la demora en la atención por el programa Contigo en el caso de la **Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL**.

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION/DESAFILIACION/ REINCORPORACION.** El potencial usuario pudo acceder al documento solicitud de la Afiliación, según **OFICIO N° 024-2021/MDCG/GDIS-SGDO-OMAPED-DAVM, Expediente 2021-013061**, de fecha de **03.09.2021-véase anexo N°02**, que fue presentado al programa, adjuntándose además el certificado de discapacidad severa y el formato PC 1000. Del mismo modo, 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° 03. En tal sentido, el mencionado potencial usuario ha tramitado su incorporación al Programa Contigo desde el año 2021.

Asimismo, la **Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL** es una persona con discapacidad severa y Diabetes Mellitus con complicaciones múltiples (*píel expuesta infectada*) y esto es ratificado según Certificado de Discapacidad N° **00317483**-de fecha 11/08/2021, según **CIE S682-E117-Véase anexo N° 02**.

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:

1. 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.
2. 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 sub cobertura.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 07)

1. Copia de Ficha de Atención N° A-051-2022-LIB-D. (01 folio).
2. Solicitud de la Afiliación, según **OFICIO N° 024-2021/MDCG/GDIS-SGDO-OMAPED-DAVM, Expediente 2021-013061**. (04 folios)
3. Captura de pantalla de la Consulta de Usuarios del Programa-<https://contigo.gob.pe/login-usuario/> (01 folio).
4. Captura de Pantalla de recepción de oficio de afiliación por mesa de partes del Programa Contigo. (01 folio).
5. Copia del Certificado de Discapacidad de la Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL (01 folio).
6. Copia del DNI de la Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL (01 folio).



.....
Solange Eliana Sachún Bustinza
Responsable de campo 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”

Anexo N° 01 - COPIA DE LA FICHA DE ATENCIÓN N° A-051-2022-LIB-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y		FICHA DE ATENCIÓN		N°A-051-2022-LIB-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				
1. PROGRAMA QOR X: JUNTOS <input checked="" type="checkbox"/> PENSIÓN 66 () QALI WARMA () CUNA MÁS () FONCODEB () SIBFOH <input checked="" type="checkbox"/> PAIS () CONTIGO (X)		2. FECHA de REGISTRO:		17/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)				
3. Apellidos Nombres: BUENO OCAS CARMEN ISABEL		4. Documento-DNI:		42449714
5. Sexo (Género): Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:		22/01/1982
7. Es Usuario (a)?: SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia:		<input checked="" type="checkbox"/> MESES
9. Correo Electrónico: ----		10. Telef. Personal:		936812052
11. Institución/Cargo:		12. Telf. Institucional:		
13. Departamento: LA LIBERTAD		14. Provincia:		ASCOPE
15. Distrito: CASA GRANDE		16. CCPP/Dirección:		MOCAN
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURENCIA: 17/11/2022
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:				
18. Departamento: LA LIBERTAD		19. Provincia:		ASCOPE
20. Distrito: CASA GRANDE		21. CCPP/Dirección:		MOCAN
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:				
<p>22. <small>LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando sea más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observación). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE PUEDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿QUÉ HEZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</small></p> <p>El 17/11/2022, La Sra. Gina Saravia Huamán, manifestó vía telefónica (936812052) sobre la demora en la atención por el programa Contigo en el caso de la Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL, con DNI N° 42449714, informando además que, NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION.</p> <p>El potencial usuario pudo acceder al documento Solicitud de la Afiliación-, que según OFICIO N° 024-2021/MDCG/GDIS-SGDO-OMAPED-DAVM, Expediente 2021-013061, de fecha de 03.09.2021-véase anexo N°02, fue presentado al programa, adjuntándose además el certificado de discapacidad severa y el formato 1000. Del mismo modo, al consultar en la plataforma "Consulta de Usuarios"- https://contigo.qob.pe/login-usuario/ se evidencia el mensaje "el DNI ingresado cola de espera"-véase anexo N° 03. En tal sentido, el mencionado potencial usuario ha tramitado su incorporación al Programa Contigo desde el año 2021.</p> <p>Asimismo, agrega La Sra. Gina Saravia Huamán, que la Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL es una persona con discapacidad severa y Diabetes mellitus con complicaciones múltiples (piel expuesta infectada) y esto es ratificado según Certificado de Discapacidad N° 00317483-de fecha 11/08/2021, según CIE S682-E117. Además, el hogar del potencial usuario se encuentra en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares.</p> <p>Ante ello, solicitó 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.</p>				
23. TIPO de ATENCIÓN:		Consulta <input checked="" type="checkbox"/> Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS: 0
25. Docs.		Memorial <input checked="" type="checkbox"/> Informe () Oficio () Constancia (1) Certificado (2) Partida Nacimto () Copia DNI (1) DJ () Otros (1)		
26. OBSERVACIONES				
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL	
<p>NOMBRES APELLIDOS: GINA SARAVIA HUAMÁN. DNI: 47287418 CARGO: SECRETARIA CLTV CASA GRANDE</p>			<p align="center"></p> <p>NOMBRES APELLIDOS: SOLANGE ELIANA SACHÚN BUSTINZA DNI: 40355800 CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO</p>	

**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.- Copia de Documento de Afiliación de la Sra. Bueno Ocas Carmen Isabel (02 folios)



**MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CASA GRANDE
JEFATURA DE OMAPED**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

Casa Grande, 03 de setiembre del 2021.

OFICIO N° 024-2021-MDCG/GDIS-SGDO-OMAPED-DAVM

Sra.:

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

Director Ejecutivo

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.

Lima.

Asunto: **Expedientes para Afiliación y autorización de cobro del Programa Nacional CONTIGO**

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarla cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Casa Grande que represento y a la vez remitir las solicitudes de **AFILIACIÓN DE USUARIOS** menores y mayores de edad, al Programa Nacional CONTIGO a fin de que se pueda iniciar con el trámite correspondiente para su respectiva afiliación y de ser aceptado los expedientes, realizarles su autorización de cobro.

Respecto a ello, adjunto al presente, 09 expedientes correspondientes a 09 usuarios en 32 folios, los cuales se detallan a continuación:

N°	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	DNI	FOLIOS
1	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	VIGO NUREÑA CARLOS GILBERTO	91372171	DEL 01 AL 04
2	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	BENITES BLAS DE RAICO ANGELITA	18820079	DEL 05 AL 07
3	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	LLANOS AGUILAR GAHEL ALEXANDER	90276860	DEL 08 AL 11
4	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	MINEZ GONZALES ANTONIO	26666930	DEL 12 AL 14
5	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	RUIZ DURAND MARIA VERONICA	18872473	DEL 15 AL 18

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”

6	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	VITERY JAVE MONICA MARIELA	49037230	DEL 19 AL 22
7	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	CASTRO ZAMBRANO KAREN LIZETH	76606608	DEL 23 AL 25
8	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	BUENO OCAS CARMEN ISABEL	42449714	DEL 26 AL 28
9	LA LIBERTAD	ASCOPE	CASA GRANDE	MENDOZA MORALES FELIPE	18826568	DEL 29 AL 32

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarse con el responsable de la OMAPED, el señor Darwin Alexis Vásquez Mines al celular 910099968 y al correo oficina.omaped@municasagrande.gob.pe

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

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,



MUNICIPALIDAD DISTRITAL
CASA GRANDE
DARWIN A. VÁSQUEZ MINES
EFF (P) OMAPED

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”



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Entrega de la Pensión por Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Previsión - CONTIGO

126

FORMATO PC 1000

FECHA: 03-09-2021

PROCEDIMIENTO DE: AFILIACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 42449714 1.2 DEPARTAMENTO: LA LIBERTAD

1.3 PROVINCIA: ASCOPE 1.4 DISTRITO: CASA GRANDE

1.5 DIRECCIÓN: QUINTA LA GLORIA S/N - MOCAN 1.6 REFERENCIA: ENTRANDO A SOMOS CALLE EL INCA

1.7 APELLIDO PATERNO: BUENIG

1.8 APELLIDO MATERNO: OCAS

1.9 NOMBRES: CARMEN ISABEL

1.10 CORREO ELECTRÓNICO: 1.11 TELÉFONO: 902298617 (CELULAR)

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

- 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 notificados 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 (DINAPED, ULE u otros).

FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

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

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

- 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 ella en la misma vivienda.
- 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).
- 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 notificados 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 (DINAPED, ULE u otros).
- 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 Principio de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 3.2 de la Ley N° 27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE



Residencial Luis Albrecht, Mz. "N" Lote 101 (segundo piso) -Trujillo, La Libertad

Teléfono: Celular: (#) 942161680; (#) 948103582

Correo electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com

lalibertad.rctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

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.- Captura de pantalla de la Consulta de Usuarios del Programa-
<https://contigo.gob.pe/login-usuario/> (01 folio)

The screenshot shows the 'contigo' portal interface. At the top, there are logos for 'PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social' and 'contigo'. On the right, there is a 'PORTAL TRANSPARENCIA' logo and a search icon. Below the logos is a red navigation bar with the text 'INICIO', 'PROGRAMA CONTIGO', and '¿DÓNDE ESTAMOS?'. The main content area is a light gray box containing a white form titled 'Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento.' The form has two input fields: 'N° DNI' with the value '42449714' and 'dd/mm/aaaa' with the value '22/01/1982'. Below the fields is a pink banner that says 'EL DNI INGRESADO COLA DE ESPERA'. At the bottom of the form is a red button labeled 'CONSULTAR' and a link that says '¿Necesitas ayuda?'

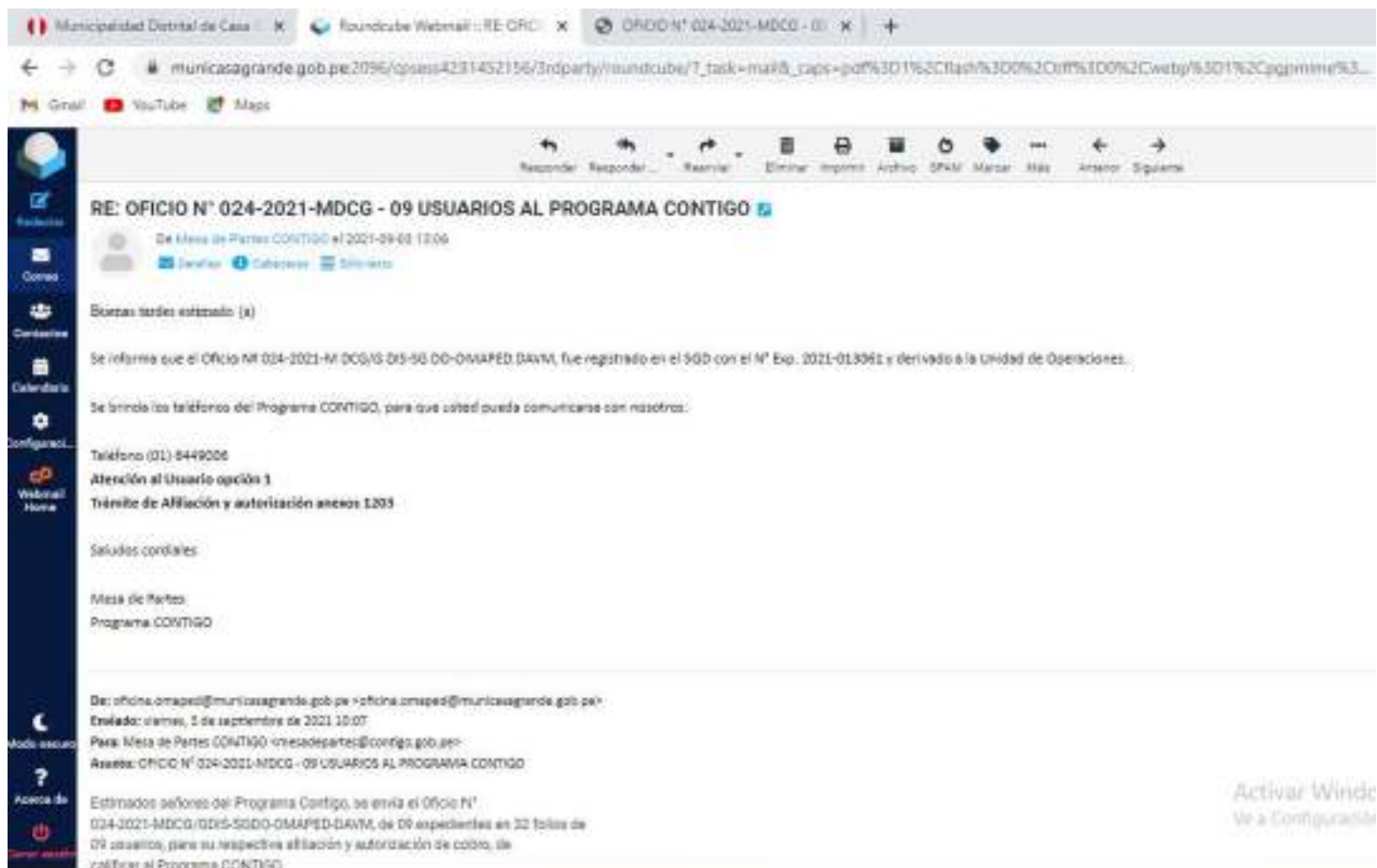
**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“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: Captura de Pantalla de recepción de oficio de afiliación por mesa de partes del Programa Contigo (01 folio)



**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.- Copia del Certificado de Discapacidad de la Sra. BUENO OCAS CARMEN ISABEL


Certificado de Discapacidad
 Aplicación de la ley N° 29873

Establecimiento de Salud: No.: 00317493
 0007631 - CASA GRANDE

LAPELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Bueno, Ocas, Carmen Isabel

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ETNIA
Femenino	Años: 30, Meses: 6	4246714	DNI/E: 4246714	Mestizo

UBIGEO RENEC (DPTO/PROVINCIA): DIRECCION RENEC
 Lima

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVINCIA): DIRECCION ACTUAL
 La Libertad / Ascope / Casa Grande, QUINTA LA GLORIA SIN

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?: No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	ICE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CE
Amputación traumática de dos o más dedos solamente (congelata) (genial)	9062	Diabetes mellitus no insulino dependiente, con complicaciones múltiples	E117

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	5	2 Realiza y mantiene la actividad solo 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	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 <td>2-3 <td>Si el (os) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada</td> </td>	2-3 <td>Si el (os) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada</td>	Si el (os) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa <td>4-6 <td>Si el (os) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa</td> </td>	4-6 <td>Si el (os) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa</td>	Si el (os) 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 esencial y de uso permanente Para marcha y transporte Para comunicación, información y señalización
 Otros productos de apoyo: Dependencia de otra persona
 Personales: Para caminar, vestirse, cocinar y cuidar Para sillas, estóicos o coamóicos
 No requiere No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
 -% ¿Es oficial?: Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
 CELULAR 902296617

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
 OTROS URBANIZACIÓN SANTA TERESITA MZ 11 de
 D-8 LOTE 1 DISTRITO CASA GRANDE Agosto de
 PROVINCIA ASCOPE DEPARTAMENTO L 2021
 La Libertad - Ascope - Casa Grande

