

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

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

Huánuco, 25 de octubre de 2022

OFICIO N° 0159-2022-CTVC/HUANUCO

Sra.

Nancy Nérida Aucahuasi Dongo

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 siguiente CASO¹:

• **CASO N° 0123-2022-CTVC/HUA**

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



JUAN JOSE PARDAVE TREJO

Responsable Regional

¹Para 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

Jr. 28 de julio N° 1388 – Huánuco Teléfono Celular: 942161082

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / huanuco.rrctvcperu@gmail.com Página

Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco: 942161082 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 0123-2022-CTVC/HUA
--	-------------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:		23/09/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		ARMIJOS ROJAS VALENTIN		3. NÚMERO-DNI:	00951654
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA			5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO					6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA:	MARAÑON
9. DISTRITO:		SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA		10. CCPP/DIRECCIÓN:	PLAZA DE ARMAS S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		AFILIACION DE USUARIOS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	46392366-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 23/09/2022, durante las acciones de Veeduría/Vigilancia, se realizó la entrevista a la señorita Sara Reyes Quiliche, identificada con DNI 76307407, responsable de OMAPED, en el que se evidencio la situación de una ciudadana, registrándose la información en la Ficha de Atención A-021-2022-HUA-D, donde se identificó el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION/ DESAFILIACION/ REINCORPORACION.** - En entrevista realizada a la responsable de OMAPED, supo manifestar que la ciudadana Vidalina Martínez Delgado, con DNI 46392366, ha sido suspendida del programa en el Padrón VI - 2021. Al consultar el motivo de la suspensión de la usuaria al programa Contigo, el programa informa que está desafiliada porque se encuentra registrada en un sistema de pensiones (ONP); sin embargo, la responsable de OMAPED recabó toda la información referente a la situación pensionaria de la ciudadana en mención a la Oficina de Normalización Provisional (ONP), dicha instancia constató que NO se encuentra registrada en su sistema pensionario. En ese sentido la responsable de OMAPED, a través de la Municipalidad Distrital de Santa Rosa de Alto Yanajanca presentó al programa social Contigo, el Oficio N° 048-2022_MDSRAY/A, de fecha 18 de marzo 2022, solicitando su reincorporación al programa social; sin embargo, hasta la actualidad no se tiene respuesta a la solicitud presentada.

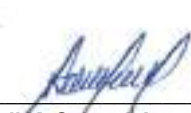
Cabe mencionar que cuenta con la Constancia N° 008-2022-ONP/DPE.OD.HVC, de la ONP, en el cual informa que la ciudadana no es pensionaria. **(Ver Ficha de Atención).**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 075-2021-MIDIS/PNPDS-DE**
2. Se recomienda al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la mencionada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Atención A-021-2022-HUA-D **(01 folio).**
2. **Anexo N° 02:** Ficha Reniec de la Ciudadana Vidalina Martínez Delgado. **(01 folio)**
3. **Anexo N° 03:** Copia del Oficio N° 058-2022_MDSRAY/A. **(06 folios)**


Sherli K. Salomé Arzapalo
 Responsable de Campo.

Anexo 01:
Ficha de Atención A-021-2022-HUA-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		FICHA A-021-2022-HUA-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 CARTELIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO.					
1. PROGRAMA por X:		JUNTOS () QALI WARMA () PENSCHIS () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS ()		2. FECHA DE REGISTRO: 23/09/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(a) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		ARMIJOS ROJAS VALENTIN		4. Documento - DNI: 00951654	
5. Sexo (Género):		MASCULINO		6. Fecha Nacimiento: 16/12/1971	
7. Es Usuario(a)?		SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telef. Institucional: 942154740	
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia: MARAÑON	
15. Distrito:		SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA		16. CCPP/Dirección: SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 23/09/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia: MARAÑON	
20. Distrito:		SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA		21. CCPP/Dirección: SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANDO Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) 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, ¿QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
En entrevista realizada a la responsable de OMAPED, supo manifestar que la ciudadana Vidalina Martínez Delgado, con DNI 46392366, ha sido suspendida del programa por que, para el programa social la ciudadana Vidalina Martínez Delgado estaba registrado en un sistema de pensiones; sin embargo recabo toda la información referente a la situación pensionaria de la ciudadana en mención a la Oficina de Normalización Provisional (ONP), dicha instancia constato que NO se encuentra registrada en su sistema pensionario. En ese sentido la responsable de OMAPED a través de la Municipalidad, presento al programa social Contigo, el Oficio N° 048-2022_MDSRAYIA, solicitando su reincorporación de la ciudadana como usuaria del programa, en el mes de marzo del 2022; sin embargo, no existe respuesta sobre la situación actual de la ciudadana en mención. Cabe mencionar que cuenta con la Constancia N° 001-2022-ONP/DPE.OO.HVC, de la ONP, en el cual informa que la ciudadana no es pensionaria. (Ver Ficha de Atención).					
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS: 2	
25. Datos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () Df () Otro ()			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) O INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES y APELLIDOS: ARMIJOS ROJAS VALENTIN DNI: 00951654 CARGO: PRESIDENTE DEL CLTC			NOMBRES y APELLIDOS: SALDINI ARZAPALO SHEREL KARINA DNI: 4281493 CARGO: RC-CTVC		

Anexo 02:
Copia de la Ficha Reniec de la ciudadana Vidalina Martínez Delgado

Consultas en línea RENIEC REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL		MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL SERVICIO DE CONSULTAS EN LÍNEA	
Informe de la Consulta			
CUI:	40382306 - 8	Foto del Ciudadano	
Apellido Paterno:	MARTINEZ		
Apellido Materno:	DELGADO		
Nombres:	VIDALINA		
Sexo:	FEMENINO		
Fecha de Nacimiento:	29/03/1983		
Departamento de Nacimiento:	SAN MARTIN		
Provincia de Nacimiento:	RIOJA		
Distrito de Nacimiento:	NUEVA CAJAMARCA		
Grado de Instrucción:	SECUNDARIA COMPLETA		
Estado Civil:	SOLTERO		
Estatura:	1.60MT.		
Fecha de Inscripción:	30/06/2008	Firma del Ciudadano	
Nombre del Padre:	JOSE EMILIO		
Nombre de la Madre:	MARIA SARA		
Fecha de Emisión:	28/09/2020		
Restricción:	NINGUNA		
Departamento de Domicilio:	HUANUCO	Huella Izquierda	
Provincia de Domicilio:	MARAFON		
Distrito de Domicilio:	SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA		
Dirección:	CASERIO SAN MIGUEL		
Fecha de Caducidad:	30/11/2024	Huella Derecha	
Fecha de Fallecimiento:			
Glosa Informativa:			
Observación:			
Usuario:	40634817-DIANA DE JESUS CARRION BARRIOS		
Fecha de Transacción:	20221018156756		
Entidad:	20645565369-MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSIÓN SOCIAL		
Número de Transacción:	850988063		
Verificación de Consulta:	Puede verificar la información en línea: http://cei.reniec.gob.pe/cei/consultas?nuo=Nzg0NzEzMTk4NjUuNDQzMzQ4MTc=		



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA
MARAÑÓN – HUÁNUCO
RUC: 20601123011

Ley N° 30378 - Ley de Creación del Distrito de Santa Rosa de Alto Yanajanca

"Uno del Fortalecimiento de la Gobernación Nacional"

Santa Rosa de Alto Yanajanca, 18 de marzo de 2022

OFICIO N° 058-2022 MDSRAY/A

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, Lima.-

Asunto : Reincorporación al Programa Contigo

Tengo el agrado de dirigirme a Usted, a fin de saludarlo cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Santa Rosa de Alto Yanajanca, Provincia de Marañón, Departamento Huánuco, a la vez solicitarle la Reincorporación al Programa Contigo de la persona de Martínez Delgado Vidalina DNI 46392366, toda vez que no percibe ningún ingreso de la Oficina Nacional de Pensión – ONP, para efecto se adjunta:

- Formato PC 1000
- Constancia N 0008-2022-ONP/DPE.OD.HVC
- Certificado de Discapacidad

Agradeciendo por su atención, es propicia la ocasión para expresarle las muestras de consideración y estima.

Atentamente,

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ROSA
DE ALTO YANAJANCA – MARAÑÓN – HUÁNUCO


Hummer Herrera Fernández
ALCALDE



PERU

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialVice ministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Servicio en Situación de Pobreza
CONTIGO

contigo

Página 1/

005

FORMATO PC 1000

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

Marque con una X el trámite que realizará

FECHA: 17/03/2022

DATOS LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1. TIPO DE DOCUMENTO ☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 46392366

3. APELLIDO PATERNO MARTINEZ

4. APELLIDO MATERNO DELGADO

5. NOMBRES VIOLENA

6. ☒ SEXO ☐ 1.7 35 1.8 29/03/1985 FECHA DE NACIMIENTO9. ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? SI ☐ No ☒ ¿CUÁL?10. ¿HABLA UN IDIOMA INDÍGENA? SI ☐ No ☒ ¿CUÁL?

11. ¿SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, USTED SE CONSIDERA: (Información solicitada por el Ministerio de Cultura)

☐ QUECHUA ☐ AYMARA ☐ NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONÍA ☐ NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/AFROPERUANO
☐ BLANCO ☐ MESTIZO ☐ OTRO ☒ NO SABE ☐ PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO12. ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? ☐ INICIAL ☐ PRIMARIA ☐ SECUNDARIA☐ TÉCNICO COMPLETO ☐ TÉCNICO INCOMPLETO ☐ SUPERIOR COMPLETA ☐ SUPERIOR INCOMPLETA☒ ILETRADO ☐ NO ESTUDIA

(Indique el motivo de no estudiar)

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO HUANUCO PROVINCIA MARAÑON

DISTRITO SANTA ROSA ATO YANAMONCA CENTRO POBLADO SANTA ROSA ATO YANAMONCA

TIPO DE VÍA ☐ AVENIDA ☐ JIRÓN ☐ CALLE ☐ PASAJE ☒ OTRO SUBURBANA LOS ANGELES

NOMBRE DE LA VÍA SANTA VECINAL LOS ANGELES

KM M2 INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA ☐ AA.HH ☐ CAECERÍO ☐ CONJUNTO HABITACIONAL ☐ COOPERATIVA ☐ FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA FRENTE AL FLO

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 00279710

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 04/02/2021 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 48 MESES

(Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA INSCRIBIRSE EN EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL CONADIS? SI ☒ No ☐

1.22 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD?

SI ☐ No ☒ (Si marco SI, complete la información del apartado II del formato, si marco NO pase a la pregunta 1.23)

1.23 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA MANIFIESTA SU VOLUNTAD?

SI ☒ No ☐ (Si marco NO, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es SI, pase a la pregunta 1.24)

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

SI ☐ No ☒ (Si marco SI, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es NO, firme el formato en señal de conformidad)

II. DATOS DE LA/EL AUTORIZADA/O. Si la persona con discapacidad es menor de edad es obligatorio el registro, opcional si se trata de un adulto que lo requiere

2.1 TIPO DE DOCUMENTO ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 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 BENEFICIARIA/O ☐ MADRE/PADRE ☐ HERMANA/O ☐ ABUELA/O ☐ HIJA/O ☐ NIETA/O ☐ TÍA/O
☐ PRIMA/O ☐ ESPOSA/O ☐ OTRO PARIENTE (Especifique)

2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL? SI ☐ No ☐ (Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

2.10 ☐ Declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco la responsabilidad que asumo al solicitar su afiliación.
 2.11 ☐ Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión no contributiva por discapacidad severa, y expreso mi compromiso 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 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.
- 3.2 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).
- 3.3 En el caso resulte ser incorporada/o al Programa CONTIGO, me comprometo a mantener actualizada la información de la/el usuaria/o 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 ahorros para hacer efectivo el depósito de la pensión no contributiva. Así como que el Programa CONTIGO establezca la modalidad de pago de la pensión.
- 3.5 Tengo conocimiento que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarios/os al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.
- 3.6 La persona con discapacidad y/o autorizada/o suscribe y/o coloca su huella digital en señal de conformidad.

 PERSONA CON DISCAPACIDAD Nombres y Apellidos: <u>VICTORIA MARCELA DELGADO</u> DNI: <u>46392366</u> Celular: <u></u>		 AUTORIZADA/O Nombres y Apellidos: <u></u> DNI: <u></u> Celular: <u></u>
--	--	---

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE OMAR EN CASO SEA QUEM REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombres y Apellidos: SARA REYES OLIVERA
 DNI N°: 76307107
 Celular: 96562290
 Cargo: RESPONSABLE OMAR
 Municipalidad: MUNICIPALIDAD SANTA ROSA MID YAUJANCA


 MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SANTA ROSA DE ALTO YANAJANCA - BARRAJÓN - HUANCOC
REYES OLIVERA
 J. GRAMER
 15

¹ Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

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



PERÚ

Ministerio de
Economía y
Finanzas

Oficina de
Normalización
Previsional

Dirección de Prestaciones

003

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA N° 0008-2022- ONP/DPE.OD.HVC

Por medio de la presente se hace constar que el Sra.:

VIDALINA MARTINEZ DELGADO

Identificada con DNI N° 46392366, **NO** se encuentra registrado como pensionista en nuestros sistemas dentro de los regímenes del Decreto Ley N° 18846, del Decreto Ley N° 19990, del Decreto Ley N° 20530¹ ni Regímenes Especiales², los cuales a la fecha se encuentran a cargo de nuestra representada para la administración y pago de pensiones por norma legal expresa.

Se expide la presente constancia a solicitud de la interesada para el fin que estime pertinente.

Huancayo, 8 de marzo de 2022

Firmado digitalmente por Fanny Rossmery Quincho Chahuayo

¹ En virtud al Decreto Supremo N° 132-2005-EF, la ONP sólo paga pensiones bajo el régimen del D.L. N° 20530 de los pensionistas de las siguientes entidades: EMSAL, Entel Perú, RTP, Industrial Cachimayo, ENATA, ELECTROLIMA, PARAMONGA, ENCI, ENAPU – Pto. Matarani, PESCA PERÚ, Caja de Ahorros de Lima, Compañía Peruana de Vapores (CPV), Instituto Nacional de Planificación (INP), Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (SENAPA), Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) y Servicio de Inteligencia Nacional (SIN) y ENAPU de los Terminales Portuarios de: Ilo, Super Huacho, San Martín, Paita, Iquitos y Chimbote, ENACE en liquidación, AEROPERU, Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, Unidades Administrativas de Enlace Temporal, Banco Minero del Perú en Liquidación y Banco Agrario del Perú en Liquidación.

² Pensionistas de FODASA y Complementarios (D.Leyes N°s 21933, 23370 ó 21952 y 15420), ENAFER (Ley N° 10624), LUSA (D.L. N°728 y D.L. N°17262), PARAMONGA (Leyes N°10624 y 10772), ELECTROLIMA (D. Leyes N°s10624, 10772, 17262 y Otras Comp.) y PESCA PERU (D.L. N°17262).



PERU

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

002

Aplicación de la ley N° 28973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00279710

00000962 - YANAJANCA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Martínez, Delgado, Vidallina

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carpet extranjero
Femenino	35	10	46392366	46392366	

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento

CIE

F711

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

CIE

P219

Asfixia del nacimiento, no especificada

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	0	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	0	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	0	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	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	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	2-3	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

- %

¿Es diferido?: Si

Este documento tiene una vigencia de 48 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CENTRO POBLADO DE
YANAJANCA
Huánuco - Marañón - Chocón

4 de Febrero de
2021

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO**



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

LAZARO MALLQUI, GIGNNER

N° CMP

N° RNE

40197

**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
SECRETARÍA DE ESTADO

Dr. Gignner Lázaro Mallqui
CMP 40197



Dr. Gignner Lázaro Mallqui
CMP 40197

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otras secciones? (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)

Sí