

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

“Decenario de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Huaraz, 30 de mayo de 2022

OFICIO N° 064-2022-CTVC/ANCASH

Señor (a)

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 tres (03) 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 le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0150-2022-CTVC/ANC
- CASO N° 0151-2022-CTVC/ANC
- CASO N° 0152-2022-CTVC/ANC

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional-Equipo Técnico-Ancash

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 Ancash: 942154203 Telf. LIMA: 945095602	CASO	N° 0152-2022-CTVC/ANC
---	-------------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	24/05/2022
------------------	---------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	MALLQUIAGUILAR MARITZA	3. NÚMERO-DNI:	31660360
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE ANCASH	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUARI
9. DISTRITO:	HUACHIS	10. CCP/DIRECCIÓN:	HUACHIS
11. PROCESO:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	42649072-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE HUACHIS
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):

En el marco de las acciones de Vigilancia a la prestación de servicios del programa Contigo, se comunicó telefónicamente con el Equipo Técnico la Srta. Yeni Flora Portella Aguirre, responsable de la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad – OMAPED del distrito de Huachis, cuyo reclamo se registró en la Ficha de Atención A-018-2022-ANC-D, quien informó lo siguiente:

- 1. USUARIO/O DEL PROGRAMA DESCONOCE MOTIVOS DE DESAFILIACION / SUSPENSION:** La persona responsable de la OMAPED refirió que el Sr. Toño Roel Bazán Castro, identificado con DNIN° 48431157, se encontró afiliado al programa Contigo, figurando su nombre por última vez en el padrón de abonados VI-2021; en el operativo de pago I-2022 fue desafiliado no entendió los motivos ya que el usuario a esa fecha cumplía con los requisitos exigidos por el programa, por lo que verificó la “Relación de Desafiados del programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – Contigo”, donde indicaba como motivo “NO CUMPLE REQUISITO 1-NO PCDS” (ver anexo 03), ante su duda solicitó al programa le brinde mayores detalles de la desafiliación, con fecha 19/05/2022 recibió respuesta por correo electrónico, indicando entre otros puntos “... el MINSA informó que el Sr. Toño Roel, actualizó su certificado de discapacidad el 21 de abril de 2021 en el Centro de Salud Shamboyacu obteniendo, previa evaluación de un médico certificador, el diagnóstico de DISCAPACIDAD MODERADA...” (ver anexo 04).

Cabe precisar que el usuario vive y permanece en el distrito de Huachis, actualizando su certificado de discapacidad por última vez en el Establecimiento de salud: 1813 Hospital de Apoyo Huari el 30/01/2021 con vigencia de 12 meses, con diagnóstico etiológico síndrome de Down, con gravedad: **discapacidad severa** (ver anexo 05); sin embargo, el programa desafilió al usuario con certificado de discapacidad actualizado el 21/04/2021 en el Establecimiento de salud: 6477-Shamboyacu perteneciente al departamento de San Martín con vigencia 68 meses, con diagnóstico etiológico amputación traumática del antebrazo, gravedad: **discapacidad moderada**, documento que no cuenta con huella del evaluado ni firma y sello del médico que certifica ni del jefe del establecimiento que valide el documento en mención (ver anexo 06).

De lo mencionado se concluye que el usuario fue desafiliado injustamente en vista que el certificado de discapacidad extraído del aplicativo HIS DISCAP WEB del MINSA, no guarda relación con el tipo de discapacidad que actualmente presenta el usuario, se solicita la verificación urgente para su reincorporación ya que estaría cumpliendo con los requisitos exigidos por el Programa Contigo.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En cumplimiento de los lineamientos técnicos del Programa y sus acciones de coordinación se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

- Se realice las coordinaciones con el MINSA respecto al certificado de discapacidad generado para el Sr. Toño Roel Bazán Castro, diagnóstico etiológico completamente diferente, que fueron evaluados casi con tres meses de diferencia, hecho que ha perjudicado al usuario por la inconsistencia de información.
- Se exhorta priorizar la verificación de la situación del ex usuario y mejorar los canales de comunicación mediante los cuales los usuarios/as puedan acceder a recibir información del programa Contigo, de manera oportuna con un lenguaje amigable y comprensible especialmente relacionados a los motivos de desafiliación.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

- 1.- Copia de Ficha de Atención A-018-2022-ANC-D (01 folio).
- 2.- Copia de DNI del usuario (01 folio).
- 3.- Relación de desafiados del programa Contigo (01 folio).
- 4.- Respuesta del programa Contigo sobre consulta de desafiliación de usuario (01 folio).
- 5.- Certificado de discapacidad en poder del usuario (02 folios).
- 6.- Certificado de discapacidad motivo de desafiliación (02 folios).



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 por X: CONTIGO (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS ()
PAIS () PENSIÓN 65 () GALI WARMA ()

2. FECHA de REGISTRO: 24/05/22

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)

3. Apellidos Nombres: Hallqui Aguilar Haritza
4. Documento-DNI: 31660360
5. Sexo (Género): Masculino () Femenino (X)
6. Fecha-Nacimiento: -
7. Es Usuario(a)? SI () Fecha Afiliación / / NO (X)
8. Tiempo Residencia: (-) MESES
9. Correo Electrónico: ancash.motupepero@gmail.com
10. Telef. Personal: -
11. Institución/Cargo: Responsable Regional del CRVE
12. Telf. Institucional: 942154203
13. Departamento: Ancash
14. Provincia: Huaraz
15. Distrito: Huaraz
16. CCPP/Dirección: Huaraz

II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:

17. FECHA OCURRENCIA: 24/05/22

A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:

18. Departamento: Ancash
19. Provincia: Huaraz
20. Distrito: Huachis
21. CCPP/Dirección: Huachis

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, 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?

La Sra. Yeny Flora Portella Aguirre, responsable de la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad -DHAPED, se comunicó telefónicamente con el Equipo Técnico presentando su reclamo: el Sr. Torio Roel Bazán Castro, identificado con DNI 48431157, fue usuario del programa, figuró su nombre por última vez en el padrón de abonados VI-2021, en el operativo de pago I-2022 fue desafiliado según indicó a pesar de cumplir con los requisitos exigidos por el programa, verificó el padrón de desafiliados donde figuraba como motivo: "No cumple requisito L- NO PCDs" por lo que solicitó mayores detalles al programa. El 19/05/2022 el programa responde por correo electrónico indicando la desafiliación por encontrarse el usuario a la fecha con discapacidad moderada anexando el certificado de discapacidad. Cabe mencionar, el certificado de discapacidad por la que el usuario fue desafiliado, se evidenció que la información no refleja el estado actual del usuario, en el diagnóstico etiológico figura amputación traumática; sin embargo, en el certificado que se encuentra en el poder del usuario figura síndrome de Down, también los certificados fueron emitidos en el FE-SS en el departamento de San Martín y Ancash, a ello recalcar que el usuario vive en el distrito de Huachis, provincia de Huaraz, departamento de Ancash. Por lo expuesto se solicita la verificación urgente del caso y se reincorpore inmediatamente al programa.

23. TIPO d ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()

24. TOTAL FOLIOS: 07

25. Dtos. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado (X) Partida Nacmto () Copia DNI (X) DJ () Otros (X)

26. OBSERVACIONES:

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: Haritza Hallqui Aguilar

DNI: 31660360

CARGO: RRVE

NOMBRES APELLIDOS:

DNI:

CARGO:

COPIA DNI DEL USUARIO



ANEXO 03

RELACION DE DESAFILIADOS DEL PROGRAMA CONTIGO

12	AWZONAS	UTOBAMBA	SAGUA GRANDE	4234748	CARLOS ALBERTO VILLALBA DELGADO	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
13	AWZONAS	UTOBAMBA	SAGUA GRANDE	7570342	MAYCOL YANSON SUAREZ RODRIGUEZ	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
14	AWZONAS	UTOBAMBA	SAGUA GRANDE	4607740	JOSE YONEL ESPINOSA CAMPOS	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
15	AWZONAS	UTOBAMBA	SAGUA GRANDE	7566658	SEBASTIAN ROYNER ALCAIDE RIVERA	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
16	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	1817289	ARMANDO GAMBARRA QUIROZ	DESAPLUADO	FALSIDICO
17	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	8224574	E.F.H.	DESAPLUADO	FALSIDICO
18	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	3384376	MARIA SANTOS HUARCA COBAS	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
19	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	3384445	ORFELINDA LINARES MENDOZA	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
20	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	7702686	JONATHAN MELI HORRADO CARRASCO	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
21	AWZONAS	UTOBAMBA	CAJARIJO	7305562	ANGEL GARCIAL ROMERO	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
22	AWZONAS	UTOBAMBA	CUMBA	8015239	J.T.R.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
23	AWZONAS	UTOBAMBA	EL MILAGRO	7555529	JESUS ARACELI BAUTISTA SALDANA	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
24	AWZONAS	UTOBAMBA	JAMALCA	7550286	HECTOR SARAY SANCHEZ	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
25	AWZONAS	UTOBAMBA	LONJA GRANDE	0000750	M.R.H.O.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
26	AWZONAS	UTOBAMBA	YAMON	7444552	E.L.S.	DESAPLUADO	FALSIDICO
27	AWZONAS	UTOBAMBA	YAMON	4442487	ORHAN TIBERIO DELGADO FERNANDEZ	DESAPLUADO	FALSIDICO
28	AWZONAS	AYTUNO RAYMONDI	LLAMELLIN	7552888	Y.A.O.C.	DESAPLUADO	FALSIDICO
29	AWZONAS	ABUNCON	ACCHACA	8237445	P.B.C.L.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
30	AWZONAS	ABUNCON	CHACAS	7567758	A.D.V.M.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
31	AWZONAS	BOLOONES	AGUA	8161135	N.Y.M.M.	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
32	AWZONAS	BOLOONES	HUKLANCA	8224087	A.M.G.R.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
33	AWZONAS	BOLOONES	HUKLANCA	8224082	P.C.M.F.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
34	AWZONAS	BOLOONES	HUKLANCA	8222111	A.M.M.M.	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
35	AWZONAS	CARHUAZ	PARIHUYANCA	7550576	ANGEL FAUSTINO ARMAZ BLAS	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
36	AWZONAS	CARHUAZ	TINGO	5237183	FABIAN SIMON LOPEZ BAUTISTA	DESAPLUADO	FALSIDICO
37	AWZONAS	CARLOS FERRER PIZCARRAL	SAN LUIS	7531871	E.D.A.S.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
38	AWZONAS	CASMA	CASMA	5007432	BLANCA AUCIA RONCON LEYVA	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
39	AWZONAS	HUARAZ	COLCABAMBA	4854487	MERCEDES MILAGROS GONZALEZ ESCALANTE	DESAPLUADO	FALSIDICO
40	AWZONAS	HUARAZ	HUARAZ	7542031	S.A.R.S.	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
41	AWZONAS	HUARAZ	INDEPENDENCIA	5232128	J.R.V.A.	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
42	AWZONAS	HUARAZ	INDEPENDENCIA	7726511	GRITA LIZBETH BRONGANG GADHA	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
43	AWZONAS	HUARAZ	INDEPENDENCIA	8302184	R.E.P.H.	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
44	AWZONAS	HUARAZ	INDEPENDENCIA	7581152	JAVIER JONAS TORRES LEON	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE
45	AWZONAS	HUARI	CHUVIN DE HUANTAR	4815781	VICTORIA JUANNA SALAS BLAS	DESAPLUADO	FALSIDICO
46	AWZONAS	HUARI	HUACHO	4441157	TONO ROEL BAZAN CASTRO	DESAPLUADO	NO CUMPLE REQUISITO 140 PCD
47	AWZONAS	HUARI	SAN PEDRO DE CHINJA	5232847	TIMOTEO MARCONO CASTRO ARCE	DESAPLUADO	PERCIBE INGRESO O PENSION
48	AWZONAS	HUARNEY	QUEBRAS	5217175	SEBASTIAN ARMINIO ORDONIA	DESAPLUADO	FALSIDICO
49	AWZONAS	HUARNEY	HUARNEY	4873232	JUAN MIGUEL VASQUEZ CASTILLO	DESAPLUADO	NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE POBREZA-CSE

ANEXO 04

RESPUESTA DEL PROGRAMA CONTIGO A CONSULTA SOBRE DESAFILIACION DE USUARIO

19/05/22, 17:21
Gmail - MATERIAL INFORMATIVO – PROCEDIMIENTO DE REVOCATORIA DE LA AUTORIZACION DE COBRO.

Estimados:

Reciban un cordial saludo del Programa CONTIGO y el mío propio, al motivo de la presente es para absolver su consulta referida a la desafiliación del señor Toño Roel Bazán Castro, con DNI 48431157. En virtud a ello, se le informa:

- Que, el señor Toño Roel fue incorporado al Programa CONTIGO con la emisión del Padrón VI-2017 permaneciendo en el mismo hasta la emisión del Padrón VI-2021.
- Que, para la elaboración del Padrón I-2022 el MINSA informó que, el señor Toño Roel, actualizó su certificado de discapacidad el 21 de abril de 2021 en el Centro de Salud Shamboyacu obteniendo, previa evaluación de un médico certificador, el diagnóstico de DISCAPACIDAD MODERADA, incumpliendo con ello el primer requisito de afiliación a) Contar con un certificado de **discapacidad con calificación de severa**, emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud para la evaluación, calificación y certificación de la persona con discapacidad, motivo por el cual es desafiliado del Programa CONTIGO.

Es importante precisar que la desafiliación del señor Toño Roel Bazán Castro se aprueba con la Resolución de Dirección Ejecutiva n.° 17-2022-MIDIS/PNPOS-DE, de fecha 24 de febrero de 2022. Por otro lado, para mayor información adjuntamos al presente correo el certificado de discapacidad moderada del ciudadano, el mismo que ha sido extraído del aplicativo HIS DISCAP WEB el cual es administrado por el MINSA.

Atentamente,

Evellyn Castromonte Castillo

Unidad de Operaciones y Transferencias

Programa CONTIGO

De: ule huachis <92007huachis@gmail.com>
Enviado el: lunes, 16 de mayo de 2022 16:08
Para: Notificaciones CONTIGO <notificacionesuch@contigo.gob.pe>
Asunto: Re: MATERIAL INFORMATIVO – PROCEDIMIENTO DE REVOCATORIA DE LA AUTORIZACION DE COBRO.

Mediante la presente me es grato dirigirme usted, para solicitarle la RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 091-2021-MIDIS-PPDS-DE, con la cual fue desafiliado el usuario de programa contigo BAZAN CASTRO TONJO ROEL, identificado con DNI N° 48431157, motivo por el no se me solicitan la documentación para la evaluación de los motivos de desafiliación ya apoderado, esperando su pronta respuesta para dar respuesta a la solicitud me directorio de salud.

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD EN PODER DEL USUARIO

30/1/2021

Certificado de Discapacidad: 00279051

**PERÚ** Ministerio de Salud**Certificado de Discapacidad**

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00279051

00001813 - HOSPITAL APOYO HUARI

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Bazan, Castro, Toño, Rosi

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD
	Años	Meses	
Masculino	30	1	DNI 48431157 Carnet extranjero -

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? ☐ Si ☒ No

II. DIAGNÓSTICO DE DAÑO

Retraso mental grave, deterioro del comportamiento nulo o mínimo
Síndrome de Down, no especificado

CIE

F720

Q909

III. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

Síndrome de Down, no especificado

CIE

Q909

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0	1	Sin limitación
De La Comunicación	4	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	0	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 Destreza	4		
De Situación	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.
		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 (os) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	4-6	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 esenciales y de uso permanente
☐ Otros productos de apoyo

☐ Para marcha y transporte☐ Para comunicación, información y señalización**Personales**

☐ Para aseo, vestirse, cocinar y comer
☐ Para efectos estéticos o cosméticos

☒ Dependencia de otra persona☐ No requiere☐ No requiere**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

- %

¿Es diferente? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

SE RECOMIENDA EVALUACION POR PSIQUIATRIA PARA DESCARTAR PATOLOGIA MENTAL

Este documento tiene una vigencia de 12 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA CIRCUNVALACION BAJA SIN 30 de
HUARI NUMERO SIN DISTRITO HUARI Enero
PROVINCIA HUARI DEPARTAMENTO de
ANCASH 2021
Ancash - Huari - Huari

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

CASREJOS MELENDEZ, DANIEL ENRIQUE

N° CMP

N° RNE

65548

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICAFIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTOFIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO


Dr. Daniel E. Casrejos Melendez
Médico Cirujano
COP: 45548



¿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 06

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD MOTIVO DE DESAFILIACION

Certificado de Discapacidad: 00291892

<http://discweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/9bc95a29-7c56-4c39-9f5f...>**Certificado de Discapacidad**

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00291892
Establecimiento de Salud
00006477 - SHAMBOYACU

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

BAZAN CASTRO, TOÑO ROEL

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Masculino	Años	Meses	45431157	DNI/LE		Mestizo
	36	4		45431157		
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
-			-			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
-			-			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			Si			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Amputación traumática del antebrazo, nivel no especificado	S509	Amputación traumática del antebrazo, nivel no especificado	S509
-	-	-	-

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	0
De La Comunicación	0
Del Cuidado Personal	3
De La Locomoción	0
De La Disposición Corporal	2
De La Destreza	3
De Situación	0

0	Sin limitación
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
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		
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 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

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se recomienda su reevaluación en **06 meses** desde la fecha de expedición.

No tiene vigencia.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JIRÓN LIBERTAD S/N SHAMBOYACU NUMERO S/N DISTRITO SHAMBOYACU PROVINCIA PICOTA DEPARTAMENTO SAN MARTI San Martín - Picota - Shamboyacu	21 de Abril de 2021
--	---------------------------

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

YEN VASQUEZ, JOSE ALBERTO

N° CMP

55170

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE
CERTIFICAFIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTOFIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

¿Desea Ust. 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