

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL UCAYALI**

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

Pucallpa, 26 de setiembre del 2022

OFICIO N°062-2022-CTVC/UCAYALI

Señora:

NANCY NERIDA AUCAHUASI DONGO

Directora Ejecutivo

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° 168-2022-CTVC/UCA

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,



JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

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

Jirón Tarapaca N°490, – Callería – Coronel Portillo

Celular: 948063619

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / Ucayali.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| | | |
|--|--|--|
| Teléf. de Ucayali 984063619 Teléf. Nacional: 984056206 | CASO | N° 168-2022-CTVC/UCA |
| PROGRAMA SOCIAL: | CONTIGO | 1. FECHA DE REGISTRO: 02/09/2022 |
| I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR: | | |
| 2. APELLIDOS NOMBRES: | MACEDO ZAMBRANO MARINA | 3. NÚMERO-DNI: 00102776 |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | OMAPED – MUNICIPALIDAD DISTRITAL YARINACOCHA | 5. CARGO: RESPONSABLE OMAPED |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 02/09/2022 |
| 7. DEPARTAMENTO: | UCAYALI | 8. PROVINCIA: CORONEL PORTILLO |
| 9. DISTRITO: | YARINACOCHA | 10. CCP/DIRECCIÓN: Jr. Dos de Mayo N°27 |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA | GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 00102776-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE YARINACOCHA |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 1 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES): | | |

Con fecha 02/09/2022, el Responsable Regional del CTVC recibe la manifestación del responsable de la OMAPED de la Municipalidad distrital de Yarinacocha, Señora Marina Macedo Zambrano, en la ficha de atención A-005-2022-UCA-D, identificándose el siguiente punto crítico:

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA):** La Señora Marina Macedo Zambrano con DNI N° 00102776, hace referencia que en el distrito existen personas con discapacidad severa como es el caso **Lino Rodríguez Emy Darli** con **DNI N° 78809397** y que de acuerdo a las visitas y documentación presentada por los apoderados, se trata de personas con discapacidad severa que viven en una situación muy vulnerable además indica que a través del oficio N° 014-2020/MDM-ALC de fecha 12 de enero de 2021 respectivamente, se ha remitido a la sede del programa CONTIGO el expediente N°973-2021 con los anexos correspondientes, a fin de iniciar el proceso de afiliación al programa. (Ver Anexo 02, 03); sin embargo, hasta la fecha no se tiene repuesta a dichos oficios.

De lo descrito es necesario hacer notar que el programa Contigo, debe realizar las gestiones necesarias y articular acciones con las entidades que corresponda, a fin de atender posibles casos de sub cobertura en la región en especial en el distrito de Manantay.

Por lo manifestado el Equipo Técnico debe señalar lo siguiente:

- 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 las personas con discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza con la finalidad de elevar su calidad de vida. Sin embargo, la existencia de casos de sub cobertura, como el que se presenta en la alerta en mención, estaría afectando el cumplimiento de dicho objetivo.
- El artículo 8 literal C del mencionado Decreto y el numeral 6.1. de la directiva N° 02-2019-MIDIS/PNPDS-DE, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 49-2019-MIDIS/PNPDS-DE, establecen como parte de los requisitos para ser beneficiarios de la pensión no contributiva. Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH.
- De acuerdo a los principios orientadores de la modernización de la gestión pública en el sector de desarrollo e inclusión, reconocidos en la Resolución Ministerial N° 270-2018-MIDIS, donde ".se busca articular el diseño, conclusión de planes y programas específicos dirigidos a distritos grupos vulnerables, por parte de los ministerios competentes y los gobiernos, con el propósito de...promover y proteger la capacidad jurídica y en el ejercicio

integral de los derechos de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad y abandono...”, en ese sentido el programa debe promover la articulación, con entidades públicas, privadas y sociedad civil a fin de solucionar los posibles casos de sub cobertura, de esta manera, coadyuvar a mejorar las condiciones de vida la población más vulnerable que no se encuentra como usuarios del programa.

- Por último, la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, artículo 76 numeral 76.2 en atención al criterio de colaboración las entidades deben: prestar en el ámbito propio la cooperación y asistencia activa que otras entidades puedan necesitar para el cumplimiento de sus propias funciones, salvo que les ocasione gastos elevados o ponga en peligro el cumplimiento de sus propias funciones.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Realice las indagaciones del punto crítico alertado y de comprobarse el hecho, nos informe sobre las medidas adoptadas y acciones para la solución del caso.

- Programa, promicie la articulación entre las instituciones, sectores y los gobiernos en todos sus niveles, para establecer vinculación entre sí y complementar capacidades, así como alinear objetivos y acciones con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y abandono (personas con discapacidad severa).
- El programa de cumplimiento del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 09 de enero del 2013, que establece una política de modernización, que tiene por objetivo general orientar articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

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


- Ficha de Atención N° 005-2022-UCA-D (1 folio).
- Una (1) fotografía del Oficio N° 973-2022-MDN-ALC (3 folio).
- Un (1) Fotografía del Certificado de Discapacidad (1 folio).
- Una (1) Copias del DNI del usuario (1 folio).
- Una (1) captura de pantalla de estado de trámite del usuario Lino Rodríguez Emy Darli (1 folio)



.....
JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable de Regional

ANEXO N°001

Copia Ficha de Atención N° 005-2022-UCA-D

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | | FICHA DE ATENCIÓN | | FICHA N° <u>005-2022-UCA-D</u> | |
| 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: | | CONTIGO <input checked="" type="checkbox"/> CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () | | 2.FECHA de REGISTRO: <u>02/09/2022</u> | |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a) | | | | | |
| 3. Apellidos Nombres: | | <u>Maudo Zambrano Marino</u> | | 4. Documento-DNI: <u>00102976</u> | |
| 5. Sexo (Género): | | Masculino () Femenino <input checked="" type="checkbox"/> | | 6. Fecha-Nacimiento: | |
| 7. Es Usuario(a)?: | | SI () Fecha Afiliación <u>1/1/</u> NO <input checked="" type="checkbox"/> | | 8. Tiempo Residencia: <u>288</u> MESES | |
| 9. Correo Electrónico: | | | | 10. Telef. Personal: <u>961585686</u> | |
| 11. Institución/Cargo: | | <u>Responsable OMAPEO</u> | | 12. Telf. Institucional: | |
| 13. Departamento: | | <u>Ucayali</u> | | 14. Provincia: <u>Coronel Portillo</u> | |
| 15. Distrito: | | <u>Yarinacocha</u> | | 16. CCPP/Dirección: | |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO: | | | | 17.FECHA OCURRENCIA: <u>02/09/2022</u> | |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO: | | | | | |
| 18. Departamento: | | <u>Ucayali</u> | | 19. Provincia: <u>Coronel Portillo</u> | |
| 20. Distrito: | | <u>Mauautay</u> | | 21. CCPP/Dirección: | |
| 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 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?</p> | | | | | |
| <p><u>22. Durante las acciones de verificación se recibió la llamada de la Sra. Marina Maudo Zambrano - Responsable OMAPEO Yarinacocha, quien preocupada por que llegaron a su oficina una señora con sus dos menores hijos que tienen una discapacidad de ceguera total, quien por sus condiciones presentaron solicitud para afiliación de sus suelos, en la Municipalidad de Mauautay con Oficio N° 0014-2020-MOM-ALC - Exp. 973-2021 y Oficio N° 014-2020-MOM-ALC (Exp. 973-2021), dicho documento fue presentado el año pasado y hasta la fecha no hay respuesta.</u></p> <p><u>Debe mencionar que son potenciales usuarios en condición de pobreza y lo quiere gestionar a la Municipalidad averiguar constantemente. Los menores: Lino Rodríguez Devicán Paer con DNI: 78809381 y Lino Rodríguez Enry Darli con DNI 78809399</u></p> | | | | | |
| 23.TIPO d ATENCIÓN: | | Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia () | | 24.TOTAL FOLIOS: | |
| 25.Dctos. ADJUNTOS: | | Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros () | | | |
| 26.OBSERVACIONES: | | | | | |
| NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL) | | | NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL | | |
|  NOMBRES APELLIDOS: <u>Juliana Meléndez Varascano</u> DNI: <u>45290576</u> CARGO: <u>ETR-ETVC-UCA</u> | | | NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____ | | |

ANEXO 02:
Fotografía del Oficio N° 0014-2021-MDM-ALC con Expediente N°973

86. 2021



"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

1/E 2021-001
00973

San Fernando, 12 de Enero del 2021

OFICIO N° 14 -2020-MDM-ALC.

SEÑOR:

DR. JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO,

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 AFILIACION Y/O AUTORIZACION DE COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarlo cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Manantay, Provincia de Coronel Portillo, Departamento de Ucayali que represento a la vez remitir las solicitudes de autorización de cobro/renovación o afiliación de la pensión de usuarios menores de edad o mayores de edad que no pueden expresar su voluntad del Programa Nacional CONTIGO a fin de que se pueda iniciar con el trámite correspondiente.

Respecto a ello, remito adjunto al presente 11 expedientes correspondientes a 11 usuarios de 80 folios, los cuales se detallan a continuación:

| N° | REGION | PROVINCIA | DISTRITO | NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO | DNI | FOLIOS |
|----|---------|------------------|----------|----------------------------------|----------|--------------|
| 01 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | JUNIOR JOFRE ROMERO RUIZ | 76380546 | Del 1 al 9 |
| 02 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | ROBERTO BERTA RAMIREZ | 00003046 | Del 10 al 15 |
| 03 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | DEVICAN DAEX LINO RODRIGUEZ | 78809381 | Del 16 al 22 |
| 04 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | EMY DARLI LINO RODRIGUEZ | 78809397 | Del 23 al 29 |
| 05 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | NILDA PAIFA TAPULLIMA | 00121015 | Del 30 al 35 |
| 06 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | CINDY CHOTA APAGUEÑO | 75991264 | Del 36 al 41 |
| 07 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | ISAIAS PAREDES REATEGUI | 63001151 | Del 42 al 49 |
| 08 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | IVETTE PATRICIA SOUZA SANCHEZ | 79544739 | Del 50 al 58 |
| 09 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | ROSA ANGELES URQUIA SINACAY | 79232939 | Del 59 al 67 |
| 10 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | ADRIANA NICOLL SALDAÑA RODRIGUEZ | 78668548 | Del 68 al 74 |



85-201
Manantay

"Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia"

| | | | | | | |
|----|---------|------------------|----------|-----------------------------|----------|--------------|
| 11 | UCAYALI | CORONEL PORTILLO | MANANTAY | TERESA TARICUARIMA AHUANARI | 00005838 | Del 75 al 80 |
|----|---------|------------------|----------|-----------------------------|----------|--------------|

Para las coordinaciones que fueran necesaria agradeceré comunicarse con el responsable de la OMAPED, el señor **MARCO ANTONIO RAMIREZ CARDENAS** al teléfono **970526073** y al correo electrónico omaped@manantay.zoona@gmail.com. Comunico a su vez los datos del alcalde Ing. **VÍCTOR HUGO LOPEZ RIOS** con correo electrónico victorhlopez@municipalidadmanantay.gob.pe con número de teléfono 912119353.

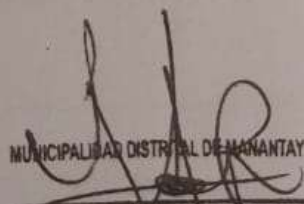
Se adjunta resolución de designación en el cargo.

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

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente




MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MANANTAY
Mg. VÍCTOR HUGO LÓPEZ RÍOS
ALCALDE

RE: omapedmanantay2006@gmail.com sent you files via WeTransfer

1 mensaje

Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>

15 de enero de 2021 a las 17:12

Para: "omapedmanantay2006@gmail.com" <omapedmanantay2006@gmail.com>

Buenas tardes estimado (a)

Se informa que el Oficio N° 0014-2020-MDM-ALC, fue registrado en el SGD con el N° Exp. 2021-00973 y derivado al área correspondiente.

Se brinda los teléfonos del Programa CONTIGO, para que usted pueda comunicarse con nosotros:

Teléfono (01) 6449006

Atención al Usuario anexos 1003 - 1004

Trámite de Afiliación y Autorización anexos 2002

Saludos cordiales

Mesa de Partes
Programa CONTIGO

P.D. Se comunica que la Sra. **Jessica Cecilia Niño de Guzmán Esaine es la Directora (e)** del Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, aprobado con RM N° 008-2021-MIDIS de fecha 12 de enero 2021.

De: WeTransfer <noreply@wetransfer.com>

Enviado: jueves, 14 de enero de 2021 8:11

Para: Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>

Asunto: omapedmanantay2006@gmail.com sent you files via WeTransfer


we

omapedmanantay2006@gmail.com
sent you some files

1 item, 16.1 MB in total · Expires on 21 January, 2021

**ANEXO 03:
Certificado de Discapacidad**

Certificado de Discapacidad: 00267930



PERU Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: No.: 00267930
00007453 - LUZ Y PAZ

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Lino, Rodriguez, Emy Dora

| | | | |
|-------------|------------------|----------------|--|
| SEXO | EDAD | N° H.C. | DOCUMENTO DE IDENTIDAD |
| Femenino | Años: 8 Meses: 1 | 7845 | DNI: 78809397 Carnet extranjería: - |

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

| | | | |
|--------------------------------|------------|------------------------------------|-----------|
| II. DIAGNOSTICO DE DAÑO | CIE | III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO | CE |
| Ceguera binocular | H540 | Ceguera binocular | H540 |

IV. DISCAPACIDAD

| | | | |
|----------------------------|---|---|---|
| De La Conducta | 0 | 0 | Sin limitación |
| De La Comunicación | 2 | 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 | 4 | 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 | 2 | | |
| De Situación | 0 | 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 | 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

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente | <input checked="" type="checkbox"/> Para marcha y transporte |
| <input checked="" type="checkbox"/> Otros productos de apoyo | <input checked="" type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización |

Personales

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, cocinar y comer | <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona |
| <input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos | |

No requiere
 No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- % ¿Es diferido?: Si

mins.gob.pe/certificado/ver/740dcea2-180d-4f5b-863a-a123f5831be6/

VII OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Evaluación por psicología

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. CABO PANTOJA MZ 40
LOTE3
Ucayali - Coronel Portillo -
Manantay

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

CRUZ MAMANI, JUAN ALBERTO

N° CMP

N° RNE

53886

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
Juan Alberto Cruz M.
Dr. Juan Alberto Cruz M.
MEDICO CIRUJANO
CMP. 53886

MINISTERIO DE SALUD
Olinda Beatriz...
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO DE SALUD
PAZ Y BIENESTAR
MINISTERIO DE SALUD

¿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) No

ANEXO 05:
Captura de pantalla de estado de trámite del usuario Lino Rodriguez Emy Darli.

The screenshot shows the CONTIGO website interface. At the top, there is a navigation bar with the logo, 'PORTAL TRANSPARENCIA', search icons, and 'ATENCIÓN AL USUARIO (01) 644 9006'. Below this is a red header with navigation links: 'INICIO', 'PROGRAMA CONTIGO', '¿DÓNDE ESTAMOS?', and '¿CÓMO SE UNANIMO?'. The main content area features a form titled 'Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento.' with two input fields: 'N° DNI' containing '76809087' and 'Fecha de Nacimiento' containing '07/10/2014'. Below the form, a pink banner reads 'EL DNI INGRESADO COLA DE ESPERA.' and a red 'CONSULTAR' button is visible. A link for '¿Necesitas ayuda?' is also present. At the bottom, there is a footer with descriptive text about the program, contact information for '(01)644 9006 Opción 5' and 'consultas@contigo.gob.pe', and a vertical 'ASISTENTE LINEA' chat widget on the right side.