

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 27 de julio de 2022

**OFICIO N° 0116-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS**

Señora

**MARÍA LUISA CHÁVEZ KANASHIRO**

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 el Equipo Técnico Regional de Lima Provincias del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 0171-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0172-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0173-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,



Vladimir I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Se adjunta (32 folios)

<sup>1</sup> 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

Telf. de Lima- Provincias: 984996604 Telf. Nacional: 984056206		<b>CASO</b>		N° 0171-2022-CTVC/LIP	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 06/07/2022	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>					
2. APELLIDOS NOMBRES:		GAMONAL REQUEZ SAMANTA		3. NÚMERO-DNI: 41391967	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>				6. FECHA DE OCURRENCIA: 06/07/2022	
7. DEPARTAMENTO:		LIMA		8. PROVINCIA: BARRANCA	
9. DISTRITO:		PATIVILCA		10. CCPP/DIRECCIÓN: CALLE BOLIVAR 290	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 15672460-RESPONSABLE DE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE PATIVILCA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 1	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>					

Durante las acciones de vigilancia remota al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con Discapacidad Severa, se entrevistó a la Responsable de OMPAED de la Municipalidad de Pativilca, se identificó el siguiente punto crítico:

#### **1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA COBRO / RENOVACION / REVOCATORIA**

Durante la entrevista telefónica, Responsable de Omaped manifiesta que el 18/05/2022 envió expediente de solicitud de autorización de cobro de la usuaria Luisa Kathia Huamanchumo Salinas DNI 48723825 quien es usuaria del Programa Contigo, desde el 23/11/2020. Es persona con discapacidad severa y necesita una persona autorizada para cobrar su pensión, sin embargo, hasta la fecha no le ha salido la autorización de cobro.

Al realizar la consulta en la Plataforma digital <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> el resultado muestra que Usuario NO INICIO PROCEDIMIENTO.

Responsable de OMAPED solicita se pueda revisar dicho expediente, enviado con OFICIO N° 013-2022-EHG-OMAPED/DMP con fecha 18/05/2022, esto a fin de dar respuesta a la usuaria, quien se encuentra en una situación vulnerable, con 13 abonos en cuenta que hasta la fecha no puede cobrar.

Informante agrega que en dicho expediente se solicita que la Señora Huamanchumo Salinas Guisell Estrella, sea la persona autorizada.

Lo descrito estaría contraviniendo lo contemplado en la **RDE N° 038-8.2.1 2021-MIDIS-PNPDS** Numeral "8 AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA ii) Cuando se trate de usuarios/as del Programa CONTIGO que requieran autorización de cobro de la pensión no contributiva; deberá presentarse al Programa el Formato PC 1000 Continúa en el numeral 8.2.3. " La coordinación de Autorización y Renovación o quien haga de sus veces, verificará en simultáneo el cumplimiento de los requisitos para tener la condición de autorizado/a al cobro de la pensión no contributiva (...)"

#### **IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA que se brinda a responsables de OMAPED y usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Dar celeridad a la revisión de las solicitudes de autorización de cobro a fin de que los abonos puedan ser usados por los usuarios, ya que estos se encuentran en una situación vulnerable.

- Establecer estrategias y tiempos oportunos para la revisión y respuesta de las solicitudes de autorización de cobro.

Verificar el caso a la brevedad e informar sobre las estrategias implementadas por Programa que garantice el adecuado y oportuna entrega de la pensión no contributiva.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 11 folios)

1. Copia Ficha de Atención A-042-2022-LIP-D. (09 folios)
2. Anexo fotográfico 1,2,3,4,5,6,7,8,9



Vladimir I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCIÓN</b>		FICHA N° <u>A-042-2022-LIP-D</u>	
<b>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-</b>					
<b>1.PROGRAMA</b> por X:		CONTIGO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) CUNA MAS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( )		<b>2.FECHA de REGISTRO:</b> <u>06/ 07/2022 /</u>	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</b>					
<b>3. Apellidos Nombres:</b>		Huerta Guzman Edilberta		<b>4. Documento-DNI:</b> 15672460	
<b>5. Sexo (Género):</b>		Masculino ( ) Femenino ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<b>6. Fecha-Nacimiento:</b> 12/07/1960	
<b>7. Es Usuario(a)?:</b>		SI ( <input type="checkbox"/> ) Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO ( <input checked="" type="checkbox"/> )		<b>8. Tiempo Residencia:</b> (300) MESES	
<b>9. Correo Electrónico:</b>				<b>10. Telef. Personal:</b> 991826242	
<b>11. Institución/Cargo:</b>		MUNICIPALIDAD DE PATIVILCA		<b>12. Telf. Institucional:</b> 01-2363424	
<b>13. Departamento:</b>		LIMA		<b>14. Provincia:</b> BARRANCA	
<b>15. Distrito:</b>		PATIVILCA		<b>16. CCPP/Dirección:</b> CALLE BOLIVAR 290	
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				<b>17.FECHA OCURRENCIA:</b> <u>06/07/2022 /</u>	
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>					
<b>18. Departamento:</b>		LIMA		<b>19. Provincia:</b> BARRANCA	
<b>20. Distrito:</b>		PATIVILCA		<b>21. CCPP/Dirección:</b> CALLE BOLIVAR 290	
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>					
<b>22.</b> 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?					
Responsable de Omaped manifiesta que el 18/05/2022 envió expediente de solicitud de autorización de cobro de la usuaria Luisa Kathia Huamanchumo Salinas DNI 48723825 quien es usuaria del programa CONTIGO desde 23/11/2020. Es persona con discapacidad severa y necesita una persona autorizada para cobrar su pensión. Sin embargo, hasta la fecha no le ha salido la autorización de cobro. Al realizar la consulta en la plataforma digital <a href="https://contigo.gob.pe/login-usuario/">https://contigo.gob.pe/login-usuario/</a> el resultado muestra que USUARIO NO INICIÓ PROCEDIMIENTO. Responsable de OMAPED solicita se pueda revisar dicho expediente, enviado con OFICIO N°013-2022-EHG-OMAPED/MDP con fecha 18/05/2022, esto a fin de dar respuesta a la usuaria, quien se encuentra en una situación vulnerable, con 13 abonos en cuenta que hasta la fecha no puede cobrar. Informante agrega que en dicho expediente se solicita que la Señora Huamanchumo Salinas Guisell Estrella sea la persona autorizada.					
<b>23.TIPO d ATENCIÓN:</b>		Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( ) Queja ( ) Denuncia ( )		<b>24.TOTAL FOLIOS:</b> 09	
<b>25.Dctos. ADJUNTOS:</b>		Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> ) DJ ( ) Otros ( <input checked="" type="checkbox"/> )			
<b>26.OBSERVACIONES:</b>					
<b>NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)</b>			<b>NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL</b>		
.....			.....		
NOMBRES APELLIDOS: _____			NOMBRES APELLIDOS: Huerta Guzman Edilberta _____		
DNI: _____ CARGO: _____			DNI: 15672460 _____ CARGO: Responsable OMAPED Pativilca		

contigo.gob.pe/usuario-contigo-detalle/

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

PORTAL TRANSPARENCIA

ATENCIÓN AL USUARIO (01) 644 9006

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

**LUISA KATHIA HUAMANCHUMO SALINAS**  
DNI N°: 48723825

Edad: 43 años  
Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento: 1979-01-01  
Afiliaión: 2020-11-23

Número de pensiones recibidas: **13**  
Último padrón abonado: **PADRON 3-2022**  
Última Actualización: correspondiente al periodo noviembre - diciembre

Estado en el Padrón: **USUARIO** ✓

Estado de Autorización: **NO INICIO PROCEDIMIENTO** ✓  
Indicaciones: Aplica solo para el caso de los mayores de edad. Se identifica aquellos usuarios que no han solicitado autorización de cobro de la pensión no contributiva. En caso de que el usuario requiera una autorización de cobro deberá remitir, al Programa CONTIGO, una solicitud adjuntando el Formato PC 1000 correctamente llenado.

Región / Provincia / Distrito / Centro Poblado:  
LIMA/BARRANCA/PATIVILCA  
Dirección:  
PJ. EL PORVENIR NRO. PUERTA SN PISO.1 MZA. 65 LOTE.3  
Clasificación Socioeconómica:  
POBRE

Anexo 1. <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> consulta de usuario, en el cual se observa que usuaria no ha iniciado procedimiento de autorización de cobro.

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

PERFIL: ULE  
INSTITUCIÓN: MUNICIPALIDAD - PATIVILCA  
[Cambiar Sesión](#)

FECHA VIGENCIA INICIAL: 24/03/2022  
FECHA VIGENCIA FINAL: 24/03/2026  
ESTADO VIGENCIA: **VIGENTE** ✓  
CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: **POBRE (2)**  
AREA: **URBANO**  
NRO DE TIPO DE FORMATO: 17517796

(2) Por nueva información proporcionada

4 INTEGRANTES DEL HOGAR


NRO.	NRO DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TRAMITE PENDIENTE
1	43377681	ALCANTARA	BORJA		CARLOS ENRIQUE	MASCULINO	20/12/1985	
2	44917698	HUAMANCHUMO	SALINAS		GISELL ESTRELLA	FEMENINO	24/08/1987	
3	48723825	HUAMANCHUMO	SALINAS		LUISA KATHIA	FEMENINO	01/01/1979	
4	61415969	COAQUIRA	HUAMANCHUMO		CLAUDIO CESAR	MASCULINO	29/05/2007	
5	78845589	HUAMANCHUMO	SALINAS		KATJUSKA ALEY	FEMENINO	07/05/2008	
6	81168236	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		TAYRA GISELL	FEMENINO	02/07/2013	
7	98399637	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		CARLA MAJIAL	FEMENINO	09/09/2017	

Escribe aquí para buscar

22°C Muy soleado 11:16 25/03/2022

Anexo 2. Consulta SISFOH de usuaria, en el cual se observa que Huamanchumo Salinas Guisell Estrella es parte del hogar de la usuaria.

## Anexo 3. OFICIO N°013-2022-EHG-OMAPED/MDP


**Municipalidad Distrital  
de Pativilca**  
 "AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

Pativilca 18 de Mayo del 2022

OFICIO N° 013-2022-EHG-OMAPED/MDP.  
 SRA. DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO  
 DIRECTORA EJECUTIVO  
 PROGRAMA NACIONAL DE ENTREGA DE LA PENSION  
 NO CONTRIBUTIVA A PERSONAS CON DISCAPACIDAD  
 SEVERA EN SISTEMA DE POBREZA CONTIGO.

Av. Faustino Sánchez Carrión N° 417  
 Magdalena del Mar – Lima

Asunto: Remito Expediente solicitud  
De Autorización de cobro del  
Usuario Programa—CONTIGO.

De mi mayor consideración.

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Pativilca y el mío, propio a la vez remitir las solicitudes de Autorización de cobro de Pensión no Contributiva de los usuarios del Programa Nacional – CONTIGO.

A fin que se puede continuar el trámite correspondiente para su aprobación.


Remito al presente 02 expedientes, de Autorización de Cobro que, cuenta de 16 folios los cuales se detalla a continuación:

N°	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FOLIO DEL
01	LIMA	BARRANCA	PATIVILCA	Luisa Kathia Huamanchumo Salinas	48723825	01 al 08
02	LIMA	BARRANCA	PATIVILCA	Katiuska Alely Huamanchumo Salinas	47019452	09 al 16

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarse con la responsable de la oficina de OMAPED Sra. Edilberta Huerta Guzmán al Tl. 991826242.  
 Esperando la atención en beneficio de los nuevos usuarios, aprovecho la oportunidad para expresarle mis sentimientos de especial consideración y estima personal.

Sin otro particular quedo de Ud.

Atentamente,

  
 Edilberta Huerta Guzmán  
 UNIDAD OMAPED

CALLE BOLIVAR N° 209 - ☎236-3424 - PATIVILCA

08



PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

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

FORMATO PC 1000

FECHA: 17-05-2022

PROCEDIMIENTO DE:  AFILIACIÓN  AUTORIZACIÓN DE COBRO  RENOVIACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (completar con letra legible)

1.1 DNI: 48792825

1.2 DEPARTAMENTO: LIMA

1.3 PROVINCIA: BARRANCA

1.4 DISTRITO: PATIVILCA

1.5 DIRECCIÓN: CALLE LA LIBERTAD N° 65 LT. 03

1.6 REFERENCIA: PASANDO LA LOZA EL RUA SALINAS

1.7 APELLIDO PATERNO: HUAMANCHUMU

1.8 APELLIDO MATERNO: SALINAS

1.9 NOMBRES: LUISA KATHIRA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: (CELULAR)

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD?  SI  NO

- Exreso 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 notificadas 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 (OMAPED, ULE u otros).

HUELLA DIGITAL DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI: 44917698

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:  MADRE(1)  PADRE(2)  OTROS HERMANA

2.3 APELLIDO PATERNO: HUAMANCHUMU

2.4 APELLIDO MATERNO: SALINAS

2.5 NOMBRES: GISSSELL ESTRELLA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO: 921408771

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 él/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).
- Exreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales, 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 notificadas 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 (OMAPED, 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 Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE







UBIGEO: 150201  
 CENTRO POBLADO: PATIVILCA  
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001  
 DIRECCION: P.J. EL PORVENIR NRO. (PUERTA SIN PISO 1  
 MZA. 05 LOTE.3  
 REFERENCIA DE DOMICILIO: PASANDO EL COMEDOR ANA JARVIS  
 NUCLEO URBANO:  
 TIPO DE CARGA: FBU-2013


### 3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 24/03/2022  
 FECHA VIGENCIA FINAL: 24/03/2026  
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE  
 CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)  
 AREA: URBANO  
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 17517796

#### (2) Por nueva información proporcionada

##### 4. HT DURANTE DEL HOGAR

NRO.	NRO. DOCUMENTO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO CANADA	CONOMRE	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TIPO DE VIGENCIA
1	43377681	ALCAHARA	BORJA		CARLOS ENRIQUE	MASCULINO	28/12/1985	<input type="checkbox"/>
2	44917698	HUAMANCHUMO	SALINAS		SISSELL ESTRELLA	FEMENINO	24/08/1987	<input type="checkbox"/>
3	48723825	HUAMANCHUMO	SALINAS		LUISA KATHIA	FEMENINO	01/01/1979	<input type="checkbox"/>
4	61415269	COAQUIRA	HUAMANCHUMO		CLAUDIO CESAR	MASCULINO	29/05/2007	<input type="checkbox"/>
5	78045989	HUAMANCHUMO	SALINAS		KATIUSKA ALEY	FEMENINO	07/05/2008	<input type="checkbox"/>
6	81108236	ALCAHARA	HUAMANCHUMO		TAYRA SISSELL	FEMENINO	02/07/2013	<input type="checkbox"/>
7	90399837	ALCAHARA	HUAMANCHUMO		CARLA	FEMENINO	09/09/2017	<input type="checkbox"/>



**PERÚ** Ministerio de Salud

**Certificado de Discapacidad** 01

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00200212  
00007635 - HOSPITAL DE BARRANCA

Establecimiento de Salud

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
Huamanchumo, Salinas, Luisa Kathia

**SEXO**  
Femenino

**EDAD**  
Años: 40  
Meses: 7

**N° H.C.**  
48723825

**DOCUMENTO DE IDENTIDAD**  
DNI: 48723825  
Carnet extranjería

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?  SI  NO

**II. DIAGNOSTICO DE DAÑO**

Retraso mental grave, deterioro del comportamiento de grado no especificado

**CIE**  
F729

**III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

Historia familiar de retardo mental

**CIE**  
Z810

**IV. DISCAPACIDAD**

De La Conducta	4
De La Comunicación	4
Del Cuidado Personal	3
De La Locomoción	0
De La Disposición Corporal	0
De La Destreza	0
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 pueda 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	x 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**

29,23 %

¿Es diferente?: No

**VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

Psicoterapia familiar

Control mensual por psiquiatría

Este documento tiene una vigencia de 24 meses desde la fecha de expedición.


Anexo 8 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA DE LA DE USUARIA (COPIA CARA ANTERIOR)

02  
5

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN  
 AV. NICÓLAS DE PIÉROLA 210 -204  
 Lima - Barranca - Barranca

28 de Agosto de  
 2019

HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO DEL EVALUADO


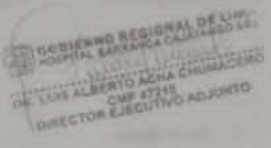
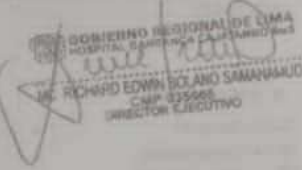


APellidos y Nombres del Médico que Certifica	N° CMP	N° RNE
ALEGRE ALVARADO, MANFREDO DESIDERIO	37579	037704

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

¿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 9 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA DE LA DE USUARIA (COPIA CARA POSTERIOR)