

**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° 0172-2022-CTVC/LIP	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 07/07/2022	
<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: 07/07/2022	
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 Katuska Alely Huamanchumo Salinas DNI 78045989 quien es usuaria del Programa Contigo, desde el 23/11/2020. Es persona menor de edad 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. ( Anexo 1)

Al realizar la consulta en la Plataforma digital <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> el resultado muestra **IMPROCEDENTE**. **Motivo:** Según la conformación del hogar remitida por el SISFOH, el solicitante de la autorización **no reside en el hogar** que habita el usuario.

Responsable de OMAPED solicita se pueda revisar dicho expediente, enviado con OFICIO N° 013-2022-EHG-OMAPED/DMP con fecha 18/05/2022, ya que según consulta plataforma SISFOH, la solicitante Huamanchumo Salinas Guisell Estrella con DNI 44917698 **si reside en mismo hogar que la usuaria**. (Anexo 2)

Agrega además que desconoce los motivos por el cual dicha solicitud no es aceptada, ya que la plataforma solo arroja el tema de la residencia, por lo que solicita que el PROGRAMA brinde la información necesaria y oportuna a fin de subsanar cualquier otra observación que sea necesaria.

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 PENSION 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 8.2.1. **Modalidad de autorización de parte** Cuando se trate de potenciales usuarios/as o usuarios/as menores de edad que se encuentren en un Centro de Acogida Residencial – CAR (público, privado o de gestión mixta) o que se encuentren a cargo de una familia acogedora, ya sea extensa o tercero, el Programa requerirá adicionalmente al Formato PC 1000 un informe de la Unidad de Protección Especial - UPE del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables – MIMP o del Juzgado de Familia o Mixto”

#### **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

- 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.
- Reforzar la asistencia técnica sostenible y oportuna a los aliados estratégicos de OMAPED a fin de que manejen las normativas vigentes y puedan realizar los trámites necesarios que los usuarios y potenciales usuarios requieran.

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-043-2022-LIP-D. (09 folios)
2. Anexo fotográfico 1,2,3,4,5,6,7,8,9



VIRUMIR 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° <b>A-043-2022-LIP-D</b>	
<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> pon X: CONTIGO ( <input checked="" type="checkbox"/> ) CUNA MAS ( <input type="checkbox"/> ) FONCODES ( <input type="checkbox"/> ) JUNTOS ( <input type="checkbox"/> ) PAIS ( <input type="checkbox"/> ) PENSIÓN 65 ( <input type="checkbox"/> ) QALI WARMA ( <input type="checkbox"/> )		<b>2.FECHA de REGISTRO:</b> 07/ 07/2022 /			
<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 ( <input type="checkbox"/> ) 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. CCP/Dirección:</b> CALLE BOLIVAR 290			
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				<b>17.FECHA OCURENCIA:</b> 07/07/2022 /	
<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. CCP/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?					
<p>Responsable de Omaped manifiesta que el 18/05/2022 envió expediente de solicitud de autorización de cobro de la usuaria Katuska Alelhy Huamanchumo Salinas DNI 78045989 quien es usuaria del programa CONTIGO desde 23/11/2020. Es una menor de edad 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.</p> <p>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 IMPROCEDENTE <b>Motivo:</b> Según la conformación del hogar remitida por el SISFOH, El solicitante de la autorización no reside en el hogar que habita el usuario. 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.</p> <p>Informante agrega que en dicho expediente se solicita que la Señora Huamanchumo Salinas Guisell Estrella sea la persona autorizada y que Según el SISFOH si forma parte del hogar de la usuaria. Se adjunta oficio y anexos.</p> <p>Responsable de Omaped manifiesta que siempre intenta comunicarse con funcionarios de Programa CONTIGO, pero no tiene éxito. Menciona que ha dejado, al número de WhatsApp proporcionado por el Programa, varios mensajes acompañados con imágenes, sobre diferentes dudas que ha encontrado respecto a los tramites de afiliación y solicitud de autorización de cobro, sin embargo, no ha tenido éxito, pues la dejan en visto o incluso no confirman el mensaje recibido.</p> <p>Manifiesta que esta situación genera muchos retrasos y un trabajo con falta de comunicación, por lo que solicita que el programa active canales de comunicación más fluido y efectivo con los responsables de Omaped.</p>					
<b>23.TIPO d ATENCIÓN:</b> Consulta ( <input type="checkbox"/> ) Sugerencia ( <input type="checkbox"/> ) Pedido ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Reclamo ( <input type="checkbox"/> ) Queja ( <input type="checkbox"/> ) Denuncia ( <input type="checkbox"/> )				<b>24.TOTAL FOLIOS:</b> 09	
<b>25.Dctos. ADJUNTOS:</b> Memorial ( <input type="checkbox"/> ) Informe ( <input type="checkbox"/> ) Oficio ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Constancia ( <input type="checkbox"/> ) Certificado ( <input type="checkbox"/> ) Partida Nacmto ( <input type="checkbox"/> ) Copia DNI ( <input checked="" type="checkbox"/> ) DJ ( <input type="checkbox"/> ) 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>		
<p>.....</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: _____</p> <p>DNI: _____ CARGO: _____</p>			<p>.....</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: Huerta Guzman Edilberta _____</p> <p>DNI: 15672460 _____ CARGO: Responsable OMAPED Pativilca</p>		

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

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social contigo

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

**KATUSKA ALEY HUAMANCHUMO SALINAS**  
DNI N° 76045989

Edad: 14 años  
Sexo: Femenino  
Fecha de nacimiento: 2008-05-07  
Afiliaión: 2020-11-23

**13** Último padrón abonado: **PADRON 3-2022**  
correspondiente al periodo noviembre - diciembre

Última Actualización:

Estado en el Padrón: **USUARIO** ✓

Estado de Autorización: **IMPROCEDENTE** ✓

Motivo: SEGÚN LA CONFORMACION DEL HOGAR REMITIDA POR EL SISFOH, EL SOLICITANTE DE LA AUTORIZACION NO RESIDE EN EL HOGAR QUE HABITA EL USUARIO.

Indicaciones: Producto de la verificación del cumplimiento de los requisitos, se ha identificado que la solicitud de autorización de cobro de la pensión no contributiva no cumple con los requisitos establecidos en la normatividad vigente, por tal motivo debe acercarse a la OMAPED de su distrito para subsanar las observaciones encontradas, o en caso contrario solicite una nueva autorización de cobro llenando el Formato PC1000. Si el usuario viene realizando el cobro con normalidad, envíar un documento al Programa CONTIGO informando el caso identificado.

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  
INSTITUCION: 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**


A RESIDENTES DEL HOGAR

NRO.	NRO DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	ESTADO CIVIL
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 KATHA	FEMENINO	01/01/1979	✓
4	61415969	COAQUIRA	HUAMANCHUMO		CLAUDIO CESAR	MASCULINO	29/05/2007	✓
5	78845989	HUAMANCHUMO	SALINAS		KATUSKA ALEY	FEMENINO	07/05/2008	✓
6	81168236	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		TAYRA GISELL	FEMENINO	02/07/2013	✓
7	90399637	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		CARLA MAJIAL	FEMENINO	09/09/2017	✓

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 18
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

**PERÚ** Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social    Viceministerio de Prestaciones Sociales    Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva 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** (complete con letra imprimada)

1.1 DNI: 78045989    1.2 DEPARTAMENTO: LIMA

1.3 PROVINCIA: BARRANCA    1.4 DISTRITO: PATIVILCA

1.5 DIRECCIÓN: CALLE LA LIBERTAD N° 65 LT. 3    1.6 REFERENCIA: PASANDO LA LOZA DE ANA JARUVISH

1.7 APELLIDO PATERNO: HUAMANCHUMO

1.8 APELLIDO MATERNO: SALINAS


1.9 NOMBRES: KATIUSKA ALELY

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:    1.11 TELÉFONO (CELULAR):

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD?  SI     NO

Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean 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).

  
FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

**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)

DNI: 44917698    2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:  MADRE(1)     PADRE(2)    OTRO(1)  TÍO

APELLIDO PATERNO: HUAMANCHUMO

APELLIDO MATERNO: SALINAS

NOMBRES: BISSSELL ESTRELLA

CORREO ELECTRÓNICO:    2.7 TELÉFONO: 921408771

**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 en ella en la misma vivienda.

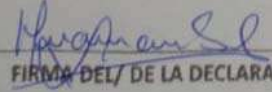
Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean 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).

  
HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE

  
FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

Anexo 4. Solicitud PC 1000












UBIGEO: 150203  
 CENTRO POBLADO: PATIVLCA  
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001  
 DIRECCION: PJ. EL PORVENIR NRO. PUERTA SN PISO.1  
 MZA. 65 LOTE.3  
 REFERENCIA DE DOMICILIO: PASANDO EL COMEDOR ANA JARVIS  
 NUCLEO URBANO:  
 TIPO DE CARGA: FSU-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. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO. DOCUMENTO	APELLIDO INTERNO	APELLIDO INTERNO	APELLIDO CASABA	OMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TRABAJOS PENDIENTE
1	43377681	ALCAHARA	BORJA		CARLOS ENRIQUE	MASCULINO	20/12/1985	
2	44817698	HUAMANCHUMO	SALINAS		GISELL ESTRELLA	FEMENINO	24/08/1987	
3	48723825	HUAMANCHUMO	SALINAS		LUISA KATHIA	FEMENINO	01/01/1979	
4	81415969	COAQUIRA	HUAMANCHUMO		CLAUDIO CESAR	MASCULINO	29/05/2007	
5	78045989	HUAMANCHUMO	SALINAS		KATIUSKA ALEY	FEMENINO	07/05/2006	
6	81168236	ALCAHARA	HUAMANCHUMO		FAYRA GISELL	FEMENINO	02/07/2013	
7	90399637	ALCAHARA	HUAMANCHUMO		CARLA	FEMENINO	09/09/2017	

Anexo 7. SISFOH DE USUARIA EN EL CUAL FIGURA LA PERSONA AUTORIZADA

09

**PERÚ** Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: No.: 00200208  
90007635 - HOSPITAL DE BARRANCA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES  
Huamanchumo, Salinas, Kalluska Aiely

SEXO: Femenino      EDAD: Años 11, Meses 3      N° H.C.: 78045989      DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI 78045989      Carnet extranjera

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

RETRAZO MENTAL GRAVE, DETERIORO DEL COMPORTAMIENTO DE GRADO NO ESPECIFICADO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
	F729	Historia familiar de retardo mental	Z810

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	4	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
De El Cuidado Personal	4	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	0	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	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.
De Situación	0	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       Para marcha y transporte

Otros productos de apoyo       Para comunicación, información y señalización

Personales

Para asearse, vestirse, cocinar y comer       Dependencia de otra persona

Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

54.77 %      ¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Psicoterapia familiar  
control mensual por psiquiatría

Anexo 8. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE USUARIA( FOTO CARA ANTERIOR)

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN  
AV. NICOLÁS DE PIÉROLA 210 -224  
Lima - Barranca - Barranca

28 de Agosto de 2019

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL BARRANCA CALZADILLA 585  
DIRECCION

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA  
ALEGRE ALVARADO, MANFREDO DESIDERIO

N° CMP 37579 N° RNE 037704

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

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL BARRANCA CALZADILLA 585  
DR. MANFREDO ALEGRE ALVARADO  
CMP 37579

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL BARRANCA CALZADILLA 585  
DR. LUIS ALBERTO AGHA CHUMACERO  
CMP 47216  
DIRECTOR EJECUTIVO ADJUNTO

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA  
HOSPITAL BARRANCA CALZADILLA 585  
MC. RICHARD EDWIN SOLANO SAMANA UD  
CMP 03595  
DIRECTOR EJECUTIVO

¿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

MAJHAL

Anexo 9. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD DE USUARIA( FOTO CARA POSTERIOR)