

**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 CASOS¹:

- 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)

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

Telf. de Lima- Provincias: 984996604 Telf. Nacional: 984056206		CASO		N° 0173-2022-CTVC/LIP	
PROGRAMA SOCIAL: CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:		07/07/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
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	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				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: GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO		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			
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

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. PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA

Durante la entrevista telefónica, Responsable de Omaped manifiesta que siempre intenta comunicarse con funcionarios de Programa CONTIGO, pero no tiene éxito. Menciona 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.

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

Lo descrito estaría contraviniendo El Plan de Trabajo 2021 Unidad de acompañamiento Numeral 4.3.2 Contigo te informa **Tabla 28 Publico objetivo:** Gobiernos Locales (OMPAED) **Objetivo:** Brindar información clara, actualizada y oportuna a los gobiernos locales sobre los trámites de afiliación, autorización, renovación y revocatoria de los usuarios/as y potenciales usuarios/as de su jurisdicción. Responsable de Omaped agregó que cuenta con usuario y contraseña de la Aplicación USUARIO OMAPED y que ha estado participando (De manera interrumpida por mala conexión a internet) en las capacitaciones convocadas por el programa CONTIGO, sin embargo, manifiesta que, por desconocimiento, no le ha estado dando su adecuado uso, pues consideraba que no era necesario

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO 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:

- El Programa, a través de sus operadores, mejore sus canales de comunicación con sus aliados estratégicos, con el objetivo de brindar información oportuna a los usuarios/as, autoridades y población en general.
- Acompañar de manera sostenible a los responsables de OMPAED, para el uso de la aplicación USUARIO OMPED.

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: 10 folios)

1. Copia Ficha de Atención A-0043-2022-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		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-043-2022-LIP-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>07/ 07/2022</u> /	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		Huerta Guzman Edilberta		4. Documento-DNI: 15672460	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (<input checked="" type="checkbox"/>)		6. Fecha-Nacimiento: 12/07/1960	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ___ / ___ / ___ NO (<input checked="" type="checkbox"/>)		8. Tiempo Residencia: (300) MESES	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal: 991826242	
11. Institución/Cargo:		MUNICIPALIDAD DE PATIVILCA		12. Telf. Institucional: 01-2363424	
13. Departamento:		LIMA		14. Provincia: BARRANCA	
15. Distrito:		PATIVILCA		16. CCPP/Dirección: CALLE BOLIVAR 290	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: <u>07/07/2022</u> /	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LIMA		19. Provincia: BARRANCA	
20. Distrito:		PATIVILCA		21. CCPP/Dirección: CALLE BOLIVAR 290	
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. 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 Katuska Alely 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. Al realizar la consulta en la plataforma digital https://contigo.gob.pe/login-usuario/ el resultado muestra que 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/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 y que Según el SISFOH si forma parte del hogar de la usuaria. Se adjunta oficio y anexos. 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. 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.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (<input checked="" type="checkbox"/>) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS:	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio (<input checked="" type="checkbox"/>) Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (<input checked="" type="checkbox"/>) DJ () Otros (<input checked="" type="checkbox"/>)			
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		
<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

PORTAL TRANSPARENCIA ATENCIÓN AL USUARIO (01) 644 9006

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

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: ✓ 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 OMAPIED 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, enviar 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

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

DNI N° 78045989

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
[Cerrar 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: 1751796

(2) Por nueva información proporcionada

4. MIEMBROS DEL HOGAR


NRO.	NRO DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CAJADA	NOMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TRAMITE PENDIENTE
1	43377681	ALCANTARA	BORJA		CARLOS ENRIQUE	MASCULINO	20/12/1985	
2	44917698	HUAMANCHUMO	SALINAS		GISSELL ESTRELLA	FEMENINO	24/08/1987	
3	48723825	HUAMANCHUMO	SALINAS		LUISA KATHA	FEMENINO	01/01/1979	
4	61415969	COACQUIRA	HUAMANCHUMO		CLAUDIO CESAR	MASCULINO	29/05/2007	
5	78045989	HUAMANCHUMO	SALINAS		KATIUSKA ALELY	FEMENINO	07/05/2008	
6	81168236	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		TAYRA GISSELL	FEMENINO	02/07/2013	
7	90399637	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

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Viceministerio de Prestaciones Sociales Programa Nacional de Entrega de la Pensión por Discapacidad a Personas con Limitación 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 legible)

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 JARVISH

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 (MAPED, ULE u otras).


FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en caso 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 TÍO

APELLIDO PATERNO: HUAMANCHUMO

APELLIDO MATERNO: SALINAS

NOMBRES: WISSELL 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 el/ella en la misma vivienda.

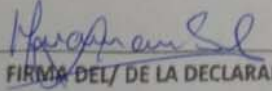
Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

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 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 (MAPED, 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	TRAMITE PENDIENTE
1	43377681	ALCANTARA	BORJA		CARLOS ENRIQUE	MASCULINO	20/12/1985	
2	44817698	HUAMANCHUMO	SALINAS		GISSELL 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	07/05/2008	
6	81168236	ALCANTARA	HUAMANCHUMO		FAYRA GISSELL	FEMENINO	02/07/2013	
7	90399637	ALCANTARA	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 Nro.: 00200208
00007635 - HOSPITAL DE BARRANCA

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



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

¿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
Del 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 Destroza	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 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 afeitarse, 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

54.77 % ¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Acoterapia 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 del 2019

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

APellidos y Nombres del Médico que Certifica
ALEGRE ALVARADO, MANFREDO DESIDERIO

N° CMP 37579 N° RNE 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

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL SARRACENA CALZADILLA 584
DR. LUIS ALBERTO AGHA CHUMACERO
CMP 47216
DIRECTOR EJECUTIVO ADJUNTO

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
HOSPITAL SARRACENA CALZADILLA 584
MC. RICHARD EDWIN SOLANO SAMANA, UD
CMP 035963
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)