

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

“Decenio de la igualdad de oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Ica, 30 de Marzo del 2021

OFICIO N° 007-2021-CTVC/ICA

Señora:

Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO

Presente.-

Asunto: Se ALERTA 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 realizado por los miembros del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente el siguiente CASO¹:

- CASO N° 018-2021-CTVC/ICA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de las mismas.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,



Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

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.

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica, Ica.
Celular: (#)942159108, (#)968800417 - Email: rrica@ctvcperu.org
Página Web: www.ctvcperu.org

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108 Telf. LIMA: 945095602		CASO		N° 018-2021-CTVC/ICA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 23/03/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		MAGALLANEZ TELLO MIJJHAL KARENNINE		3. NÚMERO-DNI: 09548839	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE SUNAMPE		5. CARGO: VOCAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 23/03/2021	
7. DEPARTAMENTO:		ICA		8. PROVINCIA: CHINCHA	
9. DISTRITO:		CHINCHA ALTA		10. CCPP/DIRECCIÓN: AV. PROGRESO 480	
11. PROCESO:		GESTION DE LA ENREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN? LLAMADA TELEFÓNICA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia al programa Contigo, la vocal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Sunampe, reporta la Ficha de Atención A-007-2021-ICA-D, en el cual se registra el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** Durante la entrevista vía telefónica con el señor MARCO ANTONIO VELARDE APOLAYA, identificado con DNI N° 21860604, de 50 años de edad, manifiesta que es una persona con discapacidad severa (discapacidad física), que requiere de apoyo para marcha y transporte. Actualmente su fuente de ingreso es apoyando a su esposa en trabajos eventuales, como lavar ropas y del apoyo que le brindan sus familiares. Dicha persona con discapacidad no es beneficiaria del Programa pese contar con los requisitos: a) Cuenta con un Certificado de discapacidad severa emitido por el establecimiento de salud certificadora. b) No percibe ingreso ni pensión que provenga del ámbito público o privado, tampoco cuenta con seguro de salud-EsSaLUD. c) Se encuentra en condición socio económico pobre, según consulta realizada al SISFOH.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Según la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE "Afiliación, elaboración de padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva" revisar su caso y de ser pertinente realizar su afiliación al programa, de tal manera mejore su calidad de vida de Marco Antonio Velarde Apolaya.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 09 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-007-2021-ICA-D (folio 1)
- Anexo 2: Clasificación socioeconómica de POBRE (folio 1)
- Anexo 3: Copia de Certificado de Discapacidad Severa de Marco Antonio Velarde Apolaya (folio 2)
- Anexo 4: Copia de DNI de Marco Antonio Velarde Apolaya (folio 1)
- Anexo 5: Copia de Forato PC1000 (folio 1)
- Anexo 6: Copia de solicitud simple presentado al programa Contigo. (folio 1)
- Anexo 7: Fotografía de Marco Antonio Velarde Apolaya (folio 1)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-006-2021-ICA-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 (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()		2.FECHA de REGISTRO: <u>20 / 03 / 2021</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		VELARDE APOLAYA MARCO ANTONIO		4. Documento-DNI: 21860604	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento: 08/06/1971	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES Más de 27 años.	
9. Correo Electrónico:		--		10. Telef. Personal: 940201330	
11. Institución/Cargo:		--		12. Telf. Institucional: --	
13. Departamento:		ICA		14. Provincia: CHINCHA	
15. Distrito:		CHINCHA ALTA		16. CCPP/Dirección: AV. PROGRESO N° 480	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: <u>24/03/2021</u>	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		ICA		19. Provincia: CHINCHA	
20. Distrito:		CHINCHA ALTA		21. CCPP/Dirección: AV. PROGRESO N° 480	
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?					
La señora Mijjhal Magallanez Tello, vocal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito Sunampe via telefónica comunica que el señor MARCO ANTONIO VELARDE APOLAYA, de 50 años de edad, identificada con DNI N° 21860604 es persona con discapacidad severa (discapacidad física), de condición económica muy pobre, actualmente se dedica ayudando a su esposa en trabajos eventuales de lavado de ropas, así mismo vive del apoyo económico que le brindan sus familiares.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS: <u>7</u>	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (X) DJ () Otros (X)			
26.OBSERVACIONES:		Se adjunta imágenes			
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>Mijjhal K. Magallanez Tello</u> DNI: <u>09548839</u> CARGO: <u>Vocal</u>			 NOMBRES APELLIDOS: <u>Jhony Rojas Inga</u> DNI: <u>23272657</u> CARGO: <u>Responsable Regional</u>		

ANEXO 02:

Clasificación socioeconómica de POBRE, vigente al 14/01/2024 de Marco Antonio Velarde Apolaya

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID:

11358444

CODIGO DE CLASIFICACION:

24940420

DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI):

21880804

APELLIDO PATERNO:

VELARDE

APELLIDO MATERNO:

APOLAYA

APELLIDO DE CASADA:

NOMBRES:

MARCO ANTONIO

SEXO:

MASCULINO

FECHA DE NACIMIENTO:

08/08/1971

HOGAR ESTADO:

HOGAR SIN RESTRICCION

FECHA EMPADRONAMIENTO:

13/01/2020

FUENTE:

ULF

UBICACIÓN GEOGRAFICA :

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO:

ICA

PROVINCIA:

CHINCHA

DISTRITO:

GROCIO PRADO

UBIGEO:

110208

CENTRO POBLADO:

SAN PEDRO

CODIGO CENTRO POBLADO:

0001

DIRECCION:

AV. PROGRESO BALCONCITO NRO. PUERTA 480 PISO.01

REFERENCIA DE DOMICILIO:

NÚCLEO URBANO :

PUEBLO

TIPO DE CARGA:

FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL:

14/01/2020

FECHA VIGENCIA FINAL:

14/01/2024

ESTADO VIGENCIA:

VIGENTE

CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA:

POBRE (2)

AREA:

URBANO

NRO DE TIPO DE FORMATO:

16289479

(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	21881088	CHICO	VELASQUEZ		CARMEN ROSA	FEMENINO	20/12/1971	
2	21880804	VELARDE	APOLAYA		MARCO ANTONIO	MASCULINO	08/08/1971	
3	70394549	VELARDE	CHICO		LUIS FRANCISCO	MASCULINO	18/10/1998	

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes

ANEXO 03:

Copia de Certificado de Discapacidad de Marco Antonio Velarde Apolaya.

5/3/2021

Certificado de Discapacidad: 00283797



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00283797
Establecimiento de Salud 00003414 - SAN JOSE DE CHINCHA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Velarde, Apolaya, Marco Antonio

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	21860604	DNI	Carnet extranjería
	49	8		21860604	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Ausencia adquirida de pierna a nivel de o debajo de la rodilla	Z895	Ausencia adquirida de pierna a nivel de o debajo de la rodilla	Z895
	-		-

IV. DISCAPACIDAD		
De La Conducta	0	0 Sin limitación
De La Comunicación	0	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	3	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	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	1	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	4	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	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

☒ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☐ Para aseoarse, vestirse, cocinar y comer

☐ Dependencia de otra persona

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

24,68 %

¿Es diferido?: No

3/2021

Certificado de Discapacidad: 00283797

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA ABELARDO ALVA MAURTUA N° 5 de
 600 AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° Marzo
 600 CHINCHA ALTA CHINCHA ICA de
 Ica - Chincha - Chincha Alta 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MUÑOZ AROTUMA, CAROLINA PALMIRA

N° CMP

34640

N° RNE

031647

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA

GOBIERNO REGIONAL ICA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA
 Dra. CAROLINA PALMIRA MUÑOZ AROTUMA
 MÉDICO REHABILITADOR
 CMP: 34640 - RNE: 031647

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

GOBIERNO REGIONAL ICA
 Dirección Regional de Salud
 Hospital "San José" de Chincha
 Dr. JONAS CAYANI GUILLÉN
 M.P. 30375
 Jefe del Departamento de Medicina

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

GOBIERNO REGIONAL ICA
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA
 M.C. VICTOR LUIS DONAYRE MORÓN
 C.M.P. 54085 - A.M. A05527
 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

ANEXO 05:

Copia del Formato PC 1000 presentado, al Programa Contigo

	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: 22/03/2021				
PROCEDIMIENTO DE: ☒ AFILIACIÓN ☐ AUTORIZACIÓN DE COBRO ☐ RENOVACIÓN				
1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra imprenta)				
1.1 DNI: 21866644		1.2 DEPARTAMENTO: ICA		
1.3 PROVINCIA: CHINCHA		1.4 DISTRITO: CHINCHA AZTA		
1.5 DIRECCIÓN: Av. Progreso 480 Bn. Condito		1.6 REFERENCIA: COSTADO COLEGIO CHINCHA AZTA		
1.7 APELLIDO PATERNO: VELARDE				
1.8 APELLIDO MATERNO: PEDRAZA				
1.9 NOMBRES: MARCO ANTONIO				
1.10 CORREO ELECTRÓNICO: lucvelarde492@gmail.com		1.11 TELÉFONO: 94 22 213370 (CELULAR)		
- 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
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:		2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: ☐ MADRE(1) ☐ PADRE(2) ☐ OTRO(3) especificar _____		
2.3 APELLIDO PATERNO:				
2.4 APELLIDO MATERNO:				
2.5 NOMBRES:				
2.6 CORREO ELECTRÓNICO:		2.7 TELÉFONO:		
2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN				
1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que residuo con el/ella en la misma vivienda. 2. 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). 3. 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. 4. 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). 5. 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 3.2 de la Ley N° 27444).				
FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE				HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE



ANEXO 06:

Copia de solicitud enviada al Programa Contigo

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**SOLICITUD**

Señores:

CONTIGO.

Yo Marco Antonio Velarde Apolaya, identificado con DNI 21860604 con domicilio AV. Progreso Balconcito 480. Ante usted respetuosamente me presento y me dirijo.

Solicito por favor la afiliación del programa CONTIGO, por lo que tuve un accidente de tránsito y he quedado con discapacidad severa y yo era la única persona en el sustento de mi hogar por lo que tengo una niña de 5 años de edad que sigue estudiando y yo no puedo trabajar por el motivo de mi discapacidad.

Por favor espero su comprensión y mi afiliación del programa CONTIGO.

Le adjunto foto de mi familia.

Ruego usted a mi petición gracias.

Chincha alta 21 de marzo de 2021



MARCO ANTONIO VELARDE APOLAYA

DNI: 21860604

ANEXO 07:

Se observa imágenes de Marco Antonio Velarde Apolaya

