

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH**

“Decenario de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Huaraz, 02 de noviembre de 2022

**OFICIO N° 0165-2022-CTVC/ANCASH**

Señor (a)

**Nancy Nerida Aucahuasi Dongo**

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 (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- CASO N° 0181-2022-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



<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

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                     |             |                       |
|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------------|
| Telf. de Ancash: 942154203<br>Telf. LIMA: 945095602 | <b>CASO</b> | N° 0181-2022-CTVC/ANC |
|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------------|

|                  |         |                       |            |
|------------------|---------|-----------------------|------------|
| PROGRAMA SOCIAL: | CONTIGO | 1. FECHA DE REGISTRO: | 19/10/2022 |
|------------------|---------|-----------------------|------------|

## I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

|                             |                                                            |                |                      |
|-----------------------------|------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 2. APELLIDOS NOMBRES:       | MEDINA FIGUEROA VIRNA SIOBBHAN STEPHANIE                   | 3. NÚMERO-DNI: | 47474116             |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE ANCASH | 5. CARGO:      | RESPONSABLE DE CAMPO |

## II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

|                            |                                                     |                                                        |                    |
|----------------------------|-----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------|
| 7. DEPARTAMENTO:           | ANCASH                                              | 8. PROVINCIA:                                          | HUARI              |
| 9. DISTRITO:               | SAN PEDRO DE CHANÁ                                  | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                                    | SAN PEDRO DE CHANÁ |
| 11. PROCESO:               | GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? | 32290847-USUARIO   |
| 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 Vigilancia a la prestación de servicios del programa Contigo, se comunicó telefónicamente con el Equipo Técnico la Sra. Maritza Mercedes Castro Príncipe, familiar del ex usuario, cuyo reclamo se registró en la Ficha de Atención A-034-2022-ANC-D, quien informó lo siguiente:

- 1. USUARIO/O DEL PROGRAMA DESCONOCE MOTIVOS DE DESAFILIACIÓN/SUSPENSIÓN:** El familiar del ex usuario, refirió que el Sr. Timoteo Mardonio Castro Arce, identificado con DNI N° 32290847, persona con discapacidad mental, era usuario afiliado al programa Contigo, figurando su nombre por última vez en el padrón de abonados VI-2021, al enterarse del pago del periodo I-2022 se apersonó al agente bancario del distrito de San Pedro de Chaná para retirar la Pensión No Contributiva, donde le informaron que no contaba con depósito.

El usuario al enterarse que su nombre figuraba en la “Relación de Desafiliados del Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – Contigo”, indicando como motivo “RECIBE, INGRESO O PENSIÓN” (ver anexo 02), al no entender el motivo de su desafiliación del programa, solicitó a la responsable de la OMAPED de su distrito le informe el motivo de su desafiliación, quien se comunicó con la oficina central del Programa Contigo y le manifestaron que el usuario tenía una “alerta de la ONP”; por tal motivo la responsable de la OMAPED gestionó y recibió de la ONP **la constancia de no aporte del usuario** y presentó con ello nuevamente en el mes de junio 2022, una solicitud de afiliación y/o reconsideración al programa Contigo (ver anexo 03).

De las indagaciones del caso se ha procedido a revisar la página web donde se constató que el usuario efectivamente se encuentra desafiliado; sin embargo debemos manifestar al respecto que de las indagaciones del equipo técnico del Comité, el Sr. Timoteo Castro cuenta con certificado de discapacidad severa, actualizado emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud, su clasificación socioeconómica es de POBRE EXTREMO (ver anexo 04) y no percibe ninguna otra pensión.

Del análisis del caso arribamos a la conclusión que la desafiliación no está motivada de manera correcta por lo que se constituiría en una desafiliación injusta, solicitándose la verificación del caso del Sr. Timoteo Mardonio Castro Arce, ya que el usuario estaría cumpliendo con los requisitos exigidos por el Programa Contigo y de ser el caso su urgente reincorporación.

## IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En cumplimiento de los lineamientos técnicos del Programa y sus acciones de coordinación se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

- Se exhorta priorizar la verificación de la situación del ex usuario y de ser el caso la reincorporación del usuario.
- Mejorar los canales de comunicación mediante los cuales los usuarios/as puedan acceder a recibir información del programa Contigo, de manera oportuna con un lenguaje amigable y comprensible especialmente relacionado a los motivos de desafiliación.

- 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/folio: 10)**

- 1.- Copia de Ficha de Atención A-034-2022-ANC-D (01 folio).
- 2.- Relación de desafiados del programa Contigo (01 folio).
- 3.- Solicitud de afiliación al programa Contigo (07 folios).
- 4.- Consulta de Clasificación de Socioeconómica (01 folio).



**Virna Siobbbhan S. Medina Figueroa**

Responsable de Campo del Comité de  
Transparencia y Vigilancia Ciudadana  
Ancash

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | FICHA DE ATENCIÓN                                                                                                    |                                                                                     | FICHA N° A-034-2022-ANC-0         |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| 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 por X:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CONTIGO (X) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( )<br>PAIS ( ) PENSION 65 ( ) QALI WARMA ( )                           |                                                                                     | 2.FECHA de REGISTRO: 19/10/22/    |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                   |  |
| 3. Apellidos Nombres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  | Medina Figueroa Virna S. S.                                                                                          |                                                                                     | 4. Documento-DNI:                 |  |
| 5. Sexo (Género):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Masculino ( ) Femenino (X)                                                                                           |                                                                                     | 6. Fecha-Nacimiento:              |  |
| 7. Es Usuario(a)?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | SI ( ) Fecha Afiliación: / / NO (X)                                                                                  |                                                                                     | 8. Tiempo Residencia: ( - ) MESES |  |
| 9. Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | ancash.2rcmperu@gmail.com                                                                                            |                                                                                     | 10. Telef. Personal:              |  |
| 11. Institución/Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | CTUC - Responsable de Campo                                                                                          |                                                                                     | 12. Telf. Institucional:          |  |
| 13. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ANCASH                                                                                                               |                                                                                     | 14. Provincia:                    |  |
| 15. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | San Pedro de Choná                                                                                                   |                                                                                     | 16. CCPP/Dirección:               |  |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                      |                                                                                     | 17.FECHA OCURRENCIA: 19/10/22/    |  |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                   |  |
| 18. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | ANCASH                                                                                                               |                                                                                     | 19. Provincia:                    |  |
| 20. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | San Pedro de Choná                                                                                                   |                                                                                     | 21. CCPP/Dirección:               |  |
| 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. QUE 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>La Sra. Maritza Hencaden Castro Príncipe, familiar del ex usuario del Programa Contigo, Sr. Timoteo Mardonio Castro Arca identificado con DNI N° 32290847, persona con discapacidad mental; manifestó que su familiar se encontró afiliado al Programa Contigo, figurando su nombre por último vez en el Padrón VI-2021. Al enterarse del pago del periodo I-2022, se acercó al agente del distrito de San Pedro de Choná para refinar la pensión, donde le dijeron que no contaba con depósito. El usuario al enterarse que se encontraba desafiliado; indicando "RECIBE INGRESO O PENSION", al no entender el motivo solicitó a la Responsable de OMAPEO le informe, quien se comunicó con la central del programa y le manifestaron que el usuario tenía una alerta de la ONP. En tal motivo la responsable obtuvo una constancia de No Aporte a la ONP y con ella presentó una nueva solicitud de afiliación al programa en junio de este año sin recibir respuesta hasta la fecha.</p> <p>De las indagaciones se vio el estado de salud mental del afectado viendo que se le desafilió injustamente del programa y se solicita su reincorporación.</p> |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                   |  |
| 23.TIPO d ATENCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido (X) Reclamo ( ) Queja ( ) Denuncia ( )                                            |                                                                                     | 24.TOTAL FOLIOS:                  |  |
| 25.Dctos. ADJUNTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( ) |                                                                                     |                                   |  |
| 26.OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                   |  |
| NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                      | NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL |                                   |  |
| NOMBRES APELLIDOS: Virna S. S. Medina Figueroa                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                                                      | NOMBRES APELLIDOS:                                                                  |                                   |  |
| DNI: 43434116                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      | DNI:                                                                                |                                   |  |
| CARGO: Resp. Campo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                      | CARGO:                                                                              |                                   |  |

ANEXO 02

RELACION DE DESAFILIADOS DEL PROGRAMA CONTIGO

|                                        |        |                         |                        |        |                                    |            |                                           |
|----------------------------------------|--------|-------------------------|------------------------|--------|------------------------------------|------------|-------------------------------------------|
| ANEXO 3 Desafilados Padron_1-2022.xlsx |        |                         |                        |        |                                    |            |                                           |
| 1                                      | 15     | -                       | 175%                   | +      |                                    |            |                                           |
| 80                                     | ARCASH | STOLMARIA               | LONIA GRANDE           | 800600 | GRACE                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 81                                     | ARCASH | STOLMARIA               | TURON                  | 800600 | ELIZ                               | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 82                                     | ARCASH | STOLMARIA               | TURON                  | 800600 | ORIAN TRINO DEL CADO FERNANDEZ     | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 83                                     | ARCASH | ANTONIO PATRONI         | WAMELIN                | 798000 | YAGUE                              | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 84                                     | ARCASH | ASUNION                 | ACCONCHA               | 800600 | PEREZ                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 85                                     | ARCASH | ASUNION                 | CHICLO                 | 800600 | ADRIAN                             | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 86                                     | ARCASH | BOLOPES                 | AGUA                   | 800600 | NINA                               | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 87                                     | ARCASH | BOLOPES                 | HUALUNCA               | 800600 | ANITA                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 88                                     | ARCASH | BOLOPES                 | HUALUNCA               | 800600 | PEREZ                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 89                                     | ARCASH | BOLOPES                 | HUALUNCA               | 800600 | ALONSO                             | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 90                                     | ARCASH | SANLUZ                  | EXFELUNCA              | 798000 | ANGEL TALISTO ARRAZ                | DESAFILADO | PERIODE INGRESO A PERIODO                 |
| 91                                     | ARCASH | SANLUZ                  | TACO                   | 798000 | FRAN SIMON LOPEZ BAUTISTA          | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 92                                     | ARCASH | DAVID STEVEN FITZGERALD | SANLUZ                 | 798000 | EDGAR                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 93                                     | ARCASH | SANLUZ                  | SANLUZ                 | 798000 | BLANCA OLIVIA LUNA                 | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 94                                     | ARCASH | HUANZ                   | OLIVIA LUNA            | 798000 | BERNARDO LOPES COCHACHIN ESCALANTE | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 95                                     | ARCASH | HUANZ                   | HUANZ                  | 798000 | DAVID                              | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 96                                     | ARCASH | HUANZ                   | INDEPENDENCIA          | 800600 | JULIA                              | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 97                                     | ARCASH | HUANZ                   | INDEPENDENCIA          | 800600 | DAVID LUISA BERNARDINA             | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 98                                     | ARCASH | HUANZ                   | INDEPENDENCIA          | 800600 | WILLIAM                            | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 99                                     | ARCASH | HUANZ                   | INDEPENDENCIA          | 798000 | JAVIER JHON TORRE LEON             | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |
| 100                                    | ARCASH | HUANZ                   | CHAMP DE FORTIN        | 800600 | VICTORIA JANA SALAS BLAS           | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 101                                    | ARCASH | HUANZ                   | HUANZ                  | 800600 | TORO ROSA BAZAN CASTRO             | DESAFILADO | NO CUMPLE REQUISITO INDIPOD               |
| 102                                    | ARCASH | HUANZ                   | DAVID LUISA BERNARDINA | 798000 | FRANCISCO WILSON SANTANA           | DESAFILADO | PERIODE INGRESO A PERIODO                 |
| 103                                    | ARCASH | HUANZ                   | CHAMP DE FORTIN        | 800600 | BERNARDO LOPES COCHACHIN ESCALANTE | DESAFILADO | FALSIADO                                  |
| 104                                    | ARCASH | HUANZ                   | HUANZ                  | 800600 | JUAN MANUEL VASQUEZ OUTILLO        | DESAFILADO | NO SE ENCUENTRA EN SITUACION DE FORMACION |

**SOLICITUD DE AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO**

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SAN PEDRO DE CHANÁ  
 OFICINA MUNICIPAL DE ATENCIÓN DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD – OMAPED  
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



San Pedro de Chaná, 02 de junio de 2022.

**OFICIO N° 011-2022/MDSPCH/OMAPED/MSLC.**

**DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO.**

Directora Ejecutiva.

PROGRAMA CONTIGO.

Magdalena del Mar, Lima.

**ASUNTO : Afiliación y Autorización de cobro de la pensión no contributiva del Programa CONTIGO.**

Tengo a bien dirigirme a usted, a fin de saludarla cordialmente a nombre de la Oficina de Atención de las Personas con Discapacidad - OMAPED de la Municipalidad Distrital de San Pedro de Chaná, de la provincia de Huari, departamento de Ancash, que represento y a la vez remitir la presente solicitud de afiliación y autorización de cobro de la pensión no contributiva a favor de las personas con discapacidad severa, a fin de que el usuario pueda ser afiliado para realizar el cobro y retiro del Programa Nacional Contigo a fin de que pueda iniciar con el trámite correspondiente.

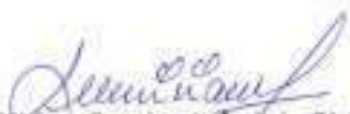
Respecto a ello, remito adjunto al presente 01 solicitud la cual detallo a continuación:

| N° | REGIÓN | PROVINCIA | DISTRITO           | APELLIDOS Y NOMBRES |      |                  | DNI      | FOLIO |
|----|--------|-----------|--------------------|---------------------|------|------------------|----------|-------|
| 1  | ANCASH | HUARI     | SAN PEDRO DE CHANÁ | CASTRO              | ARCE | TIMOTEO MARDONIO | 32290847 | 7     |

Esperando la atención en beneficio del usuario, a fin de que sea nuevamente afiliado y se autorice el cobro de la pensión no contributiva, ya que por una alerta generada por la ONP fue desafiliado del programa Contigo.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle los sentimientos de mi estima personal y consideración.

Atentamente:

  
**Abog. Miriam Stephanie Labrín Chávez**  
 Responsable de OMAPED.  
 Municipalidad Distrital de San Pedro de Chaná.



PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Vicepresidencia de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Integración de la Persona con Discapacidad a Personas con Discapacidad Severa en el Mercado de Trabajo



1/1

Página 1/1

# FORMATO PC 1000

TRÁMITE: ☒ AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO ☐ REINCORPORACIÓN ☒ AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

FECHA: 02/06/2022

## I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO ☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 32290847

1.3 APELLIDO PATERNO OASTRO

1.4 APELLIDO MATERNO ARCE

1.5 NOMBRES TIMOTEO MARDONIO

1.6 ☐ VAR ☒ MUJ 1.7 60 1.8 29/01/1962

1.9 ¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? ☐ No ☒ SÍ

1.10 ¿SE COMUNICA CON ALGUNA LENGUA ORIGINARIA? ☒ SÍ ☐ No ☐ ¿CUAL? QUECHUA

1.11 POR SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, ¿USTED SE CONSIDERA: (información solicitada por el Ministerio de Cultura)

☒ QUECHUA ☐ AYMARA ☐ NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONIA ☐ NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULLATO/APORRERIANO  
☐ BLANCO ☐ MESTIZO ☐ OTRO ☐ NO SABE ☐ PERTENECE A PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? ☐ INICIAL ☒ PRIMARIA 3<sup>ra</sup> ☐ SECUNDARIA

☐ TÉCNICO COMPLETO ☐ TÉCNICO INCOMPLETO ☐ SUPERIOR COMPLETA ☐ SUPERIOR INCOMPLETA

☐ LETRADO ☐ NO ESTUDIA

## 1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO ANCASH PROVINCIA HUARI

DISTRITO SAN PEDRO DE CHANA CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA ☐ AVENIDA ☒ IRÓN ☐ CALLE ☐ PASAR ☐ OTRO

NOMBRE DE LA VÍA SAN MARTIN

NÚMERO 3/0 KM MZ INTERIOR N° DE DPTO IT PUZ BLOQUE

TIPO DE ZONA ☐ AA HH ☐ CASERIO ☐ CONJUNTO HABITACIONAL ☐ COOPERATIVA ☐ FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA

REFERENCIA POR LA PLAZA DE ARMAS

1.14 TELÉFONO FIJO ☐ 1.15 TELÉFONO CELULAR 963149849

1.16 CORREO ELECTRÓNICO

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ No ☐ 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00383865

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 31/03/2022 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 36 MESES

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADEN SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNP/CD DEL CONADEP? ☒ No ☐

1.22 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD?

☐ No ☒ SÍ (Si marca SÍ, complete la información del apartado II del formato, si marca NO pase a la pregunta 1.23)

1.33 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA MANIFIESTA SU VOLUNTAD?

SI ☒ No ☐ (Si marcó No, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es SI, pase a la pregunta 1.34)

1.34 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD TIENE DIFICULTAD PARA TRASLADARSE A UNA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN?

SI ☐ No ☒ (Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es NO, firme el formato en señal de conformidad)

**II. DATOS DE LA PERSONA QUE SOLICITA LA AUTORIZACIÓN.** (La persona con discapacidad o menor de edad no obligada al registro, manifiesta su consentimiento al solicitar que lo complete)

2.1 TIPO DE DOCUMENTO ☐ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

2.3 APELLIDO PATERNO

2.4 APELLIDO MATERNO

2.5 NOMBRES

2.6 TELÉFONO  2.7 CORREO ELECTRÓNICO

2.8 PARENTESCO CON LA/O BENEFICARIA/O ☐ PADRE/PADRE ☐ HERMANA/O ☐ ABUELA/O ☐ TÍO/A/O ☐ NIETA/O ☐ TÍO/A/O ☐ NIETO/A/O ☐ OTRO PARENTE

2.9 ¿AGIUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL? SI ☐ No ☐ (Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

2.10 Declaro que he sido tutor permanente de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario, y/o sus padres, manifiesto la responsabilidad que asumo al solicitar su afiliación.

2.11 Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión no contributiva por discapacidad severa, y expreso mi consentimiento de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del asistido (salud, alimentación, movilidad, etcétera).

## III. CONFORMIDAD

3.1 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 expresa conformidad para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

3.2 En caso de comprobarse que las declaraciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o son falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 52, numeral 52.2 de la Ley N° 27440).

3.3 En el caso que resulte ser incorporado/a al Programa CONTIGO, me comprometo a mantener actualizada la información de representante/a o/o autorizado/a: dirección, teléfono fijo, celular, correo electrónico, clasificación socioeconómica, según corresponda, entre otros. Para la actualización de datos se deberá utilizar la Hoja de Actualización de Datos (HAD).

3.4 Del resultado de la presente solicitud, autorizo al Programa CONTIGO la creación de una cuenta de ahorros para hacer efectivo el depósito de la pensión no contributiva. Así como que el Programa CONTIGO establezca la modalidad de pago de la pensión.

3.5 Tengo conocimiento que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarios/as al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Prestación vigente y a la disponibilidad presupuestal.

3.6 La persona con discapacidad o/o autorizado/a suscribe o/o coloca su huella digital en señal de conformidad.

*Maldonado Castro*  
Nombre y Apellido: *Gerardo Maldonado Castro*  
DNI: *35290843*  
Código: *963147843*



*[Firma]*  
AUTORIZANTE  
Nombre y Apellido: \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_  
Código: \_\_\_\_\_

SOLO PARA SER LLENADO POR EL RESPONSABLE DE DMAPED EN CASO SEA QUIEN REALIZÓ EL LLENADO DEL FORMATO POR EL SOLICITANTE

Nombre y Apellido: *María Stephanie León Pérez*  
DNI: *7785266*  
Código: *76192317*  
Cargo: *Gerente de Atención al Cliente*  
Matrícula: *Gerente de San Pedro de Chumpe*

*[Firma]*  
FIRMA

\* Información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

\*\* Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera\*\*





PERU

Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aprobación de la ley N° 29973

Nro.: 00363865

Establecimiento de  
Salud:00007733 - ESPECIALIZADO DE SALUD MENTAL HONORIO DELGADO-HOYEY  
NOGUCHI

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

CASTRO-ARCE, TIVOTEO MARDONIO

| SEXO                                           | EDAD                       | N° H.C.           | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | PAÍS NACIMIENTO | ETNIA   |
|------------------------------------------------|----------------------------|-------------------|------------------------|-----------------|---------|
| Masculino                                      | Años:<br>Meses:<br>Días: 3 | 32290847          | DNI/LE<br>32290847     | PERU            | Mestizo |
| UBIGEO RENEC (DPTO/PROVINCIA)                  |                            | DIRECCION RENEC   |                        |                 |         |
| Ancash / Huan / San Pedro de Chana             |                            | JR SAN MARTIN S/N |                        |                 |         |
| UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVINCIA)                 |                            | DIRECCION ACTUAL  |                        |                 |         |
| Ancash / Huan / San Pedro de Chana             |                            | JR SAN MARTIN S/N |                        |                 |         |
| ¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? |                            |                   | SI                     |                 |         |

| II. DIAGNOSTICO DE DAÑO                                                                    | CIE  | III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO                                                                | CIE  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos | F33. | Trastorno depresivo recurrente, episodio depresivo grave presente, con síntomas psicóticos | F33. |

## IV. DISCAPACIDAD

| De La Conducta             | 4 | 0 | Sin limitación                                                                                                                              |
|----------------------------|---|---|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| De La Comunicación         | 3 | 1 | Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero con ayuda                                                                               |
| Del Cuidado Personal       | 1 | 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 | 2 | 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 existir. |
| De Situación               | 0 | 6 | La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal                                                                    |

## V. GRAVEDAD

|                       |     |                                                                                                                                                          |
|-----------------------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Discapacidad Leve     | 1   | Si el código es 1, la persona tiene <b>discapacidad leve</b>                                                                                             |
| Discapacidad Moderada | 2-3 | Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>                                                                           |
| 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 <b>discapacidad severa</b> |

# VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES

## De apoyo

☒ Para limpieza y mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Otros productos de apoyo

## Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Dependencia de otra persona

☒ No requiere

☐ No requiere

# VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

71.88 %

¿Es diferente? No

# VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Continuar con tratamiento psicofarmacológico

Se recomienda su reevaluación en 36 meses desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

## LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. ELOY ESPINOZA SALDAÑA

31 de Marzo

708 - URB. PALAO

de 2022

Lima - Lima - San Martín de Porres

## HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO DEL EVALUADO

## APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

ALBINADORTA ARIZA, PAOLA

N° CMP

N° RNE

54354

32552

## FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA

## FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

## FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

Ministerio de Salud  
Hospital General de San Martín de Porres  
Dr. PAOLA ALBINADORTA ARIZA  
DISEÑO en Salud y Apoyo Múltiple  
COP 1414 RNE 1252

Ministerio de Salud  
Hospital General de San Martín de Porres  
DR. PAUL VEGA GALBOS  
Director General  
DISEÑO en Salud y Apoyo Múltiple  
COP 1580 RNE 18678

Ministerio de Salud  
Hospital General de San Martín de Porres  
DR. VICTOR HUMANO ORTEGA CAMPOS  
Director de Unidad Especializada  
COP 53290 RNE 014113

Declaro que la información contenida en el Certificado de Discapacidad sea veraz y correcta (CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)

No



Firmado digitalmente por:  
NORIEGA ANGELES Carlos  
Razon 7AU20254185035 cert  
Módulo: Coordinador  
Regional CA La Libertad  
Fecha: 29/05/2022 18:39:39 -0500



PERÚ

Ministerio de  
Economía y  
Finanzas

Oficina de  
Normalización  
Pensional

Dirección de Prestaciones

"DECENIO DE LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES PARA MUJERES Y HOMBRES"  
"AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANÍA NACIONAL"

## **CONSTANCIA N° 153-2022-ONP/DPE.OD.LLI**

Por medio de la presente se hace constar que el señor:

### **TIMOTEO MARDONIO CASTRO ARCE**

Identificado con DNI N° 32290847, **NO** se encuentra registrado como pensionista en nuestros sistemas dentro de los regímenes del Decreto Ley N° 18846, del Decreto Ley N° 19890, del Decreto Ley N° 20530<sup>1</sup> ni Regímenes Especiales<sup>2</sup>, los cuales a la fecha se encuentran a cargo de nuestra representada para la administración y pago de pensiones por norma legal expresa.

Se expide la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estime conveniente.

Trujillo, 29 de mayo de 2022

Firmado digitalmente por Carlos Alberto Noriega Angeles

<sup>1</sup> En virtud al Decreto Supremo N° 132-2005-EF, la ONP sólo paga pensiones bajo el régimen del D.L. N° 20530 de los pensionistas de las siguientes entidades: EMSAL, Entel Perú, RTP Industrial Cachimayo, ENATA, ELECTROLIMA, PARAMONGA, ENCI, ENAPU – Pto. Matucana, PESCA PERÚ, Caja de Ahorros de Lima, Compañía Peruana de Vapores (CPV), Instituto Nacional de Planificación (INP), Servicio Nacional de Abastecimiento de Agua Potable y Alcantarillado (SENAPA), Instituto Nacional de Administración Pública (INAP) y Servicio de Inteligencia Nacional (SIN) y ENAPU de los Terminales Portuarios del lnc. Super Huacho, San Martín, Paita, Iquitos y Chimbote, ENACE en liquidación, AEROPERU, Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, Unidades Administrativas de Entero Temporal, Banco Minero del Perú en Liquidación y Banco Agrario del Perú en Liquidación.

<sup>2</sup> Pensionistas de FOGASA y Complementarias (D. Leyes N°s 21933, 23370 o 21852 y 15420), ENAFER (Ley N° 10624), LUSA (D.L. N°728 y D.L. N°17262), PARAMONGA (Leyes N°10624 y 10772), ELECTROLIMA (D. Leyes N°s10624, 10772, 17262 y Otras Comp.) y PESCA PERU (D.L. N°17262).

**CONSULTA DE CLASIFICACION DE SOCIOECONÓMICA****RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR**

Estimado(a) ciudadano(a): CASTRO ARCE TIMOTEO MARDONIO a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 20/10/2022 a las 10:32:22

1. Código de Hogar : 10655185
2. Código Clasificación Socioeconómica : 24548888
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE EXTREMO
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 23/09/2019 Hasta 23/09/2023
5. Fuente(\*) : ULF
6. Departamento : ANCASH
7. Provincia : HUARI
8. Distrito : SAN PEDRO DE CHANA
9. Centro Poblado : CHANA
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : JR. ALFONSO UGARTE NRO. PUERTA SN PISO.01
12. Referencia de la Dirección :
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar :

| Tipo Documento | Nº Documento | Nombres            | Apellido Paterno | Apellido Materno |
|----------------|--------------|--------------------|------------------|------------------|
| DNI            | 32290847     | TIMOTEO MARDONIO   | CASTRO           | ARCE             |
| DNI            | 32290898     | MARCELINA TEODOCIA | PRINCIPE         | CIPRIANO         |

[Generar PDF](#)
[Volver](#)