

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

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”
“Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú”**

Cajamarca, 18 de octubre de 2022.

OFICIO N° 0135-2022-CTVC/CAJAMARCA

Señor (a):

Nancy Nérida 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)¹:

- CASO N° 0198-2022-CTVC/CAJ

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

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

Atentamente,



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

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cajamarca.rrectvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526

Telf. SEDE LIMA: 942160511

CASO

N° 0198-2022-CTVC/CAJ

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	17/10/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	HERNÁNDEZ VILLANUEVA LILIANA MARITZA	3. NÚMERO-DNI:	71888923
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE CAJAMARCA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	17/10/2022
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	SAN MIGUEL
9. DISTRITO:	SAN SILVESTRE DE COCHAN	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CAPARINA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	27989804-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El día 17/10/2022, el Equipo Técnico Regional del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, registró la Ficha de Atención A-049-2022-CAJ-D (Ver Anexo 1), registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** Mediante llamada telefónica el Sr. Fidencio Coba Mendoza identificado con DNI N° 27989814 manifestó que en el mes de agosto del 2022 acudió a la Municipalidad Distrital de San Silvestre de Cochan para iniciar el trámite de afiliación al Programa Contigo de su hermana Brisaida Coba Mendoza identificada con DNI N° 27989804. Sin embargo, en la municipalidad le manifestaron que el responsable de OMAPED se encontraba de licencia y no había dejado encargado.
- El Equipo Técnico del CTVC pudo evidenciar que la Sra. Brisaida estaría cumpliendo con los requisitos para ser USUARIA, ya que cuenta con certificado de discapacidad severa emitido por el MINSA (Ver Anexo 2), tiene clasificación socioeconómica de POBRE con vigencia del 01/06/2018 hasta el 01/06/2024 (Ver Anexo 3), además no recibe ninguna pensión.
- El hogar recibió información de las modalidades de afiliación, por lo que completó el formato PC1000, esperando iniciar el trámite de afiliación. Para cualquier acercamiento con el ciudadano interesado en la afiliación, comunicarse al número **975524199**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa CONTIGO debe garantizar el cumplimiento R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada "Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva" y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio,
- El Programa CONTIGO realice las indagaciones respectivas del punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de Emisión de Alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

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

- 1.- Ficha de Atención A-049-2022-CAJ-D (01 folio)
- 2.- Certificado de discapacidad severa (2 folios)
- 3.- Clasificación Socioeconómica (1 folio)
- 4.- DNI del Potencial Usuario (1 folio)
- 5.- DNI de la persona autorizada para el cobro (1 folio)
- 6.- Formato PC1000 (2 folios)

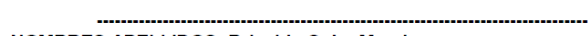


Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

www.ctvcperu.org.pe

ANEXO 01

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-049-2022-CAJ-D
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:	JUNTOS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO (X) SISFOH ()	2.FECHA de REGISTRO: 17/10/2022		
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)				
3. Apellidos Nombres:	BRISAIDA COBA MENDOZA	4. Documento-DNI:	27989804	
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:	11/06/1975	
7. Es Usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación NO (X)	8. Tiempo Residencia:	() MESES	
9. Correo Electrónico:	cajamarca.rctvcperu@gmail.com	10. Telef. Personal:	975524199	
11. Institución/Cargo:	POTENCIAL USUARIO	12. Telf. Institucional:	975524199	
13. Departamento:	CAJAMARCA	14. Provincia:	SAN MIGUEL	
15. Distrito:	SAN SILVESTRE DE COCHAN	16. CCPP/Dirección:	CAPARINA	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:			17.FECHA OCURRENCIA: 17/10/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:				
18. Departamento:	CAJAMARCA	19. Provincia:	SAN MIGUEL	
20. Distrito:	SAN SILVESTRE DE COCHAN	21. CCPP/Dirección:	CAPARINA	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:				
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? 22 Mediante llamada telefónica el Sr. Fidencio Coba Mendoza identificado con DNI N° 27989814 manifestó que en el mes de agosto del 2022 acudió a la Municipalidad Distrital de San Silvestre de Cochan para iniciar el trámite de afiliación al Programa Contigo de su hermana Brisaida Coba Mendoza identificada con DNI N° 27989804. Sin embargo, en la municipalidad le manifestaron que el responsable de OMAPED se encontraba de licencia y no había dejado encargado. El Equipo Técnico del CTVC pudo evidenciar que la Sra. Brisaida estaría cumpliendo con los requisitos para ser USUARIA, ya que cuenta con certificado de discapacidad severa emitido por el MINSA (Ver Anexo 2), tiene clasificación socioeconómica de POBRE con vigencia del 01/06/2018 hasta el 01/06/2024 (Ver Anexo 3), además no recibe ninguna pensión. El hogar recibió información de las modalidades de afiliación, por lo que completó el formato PC1000, esperando iniciar el trámite de afiliación.				
23.TIPO DE ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()				
25.Dtos. 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) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES APELLIDOS: Liliana Maritza Hernandez Villanueva DNI: 71888923 CARGO: Responsable Regional		 NOMBRES APELLIDOS: Brisaida Coba Mendoza DNI: 27989804 CARGO: Potencial Usuaría		

ANEXO 02



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00434206
00004655 - SIMON BOLIVAR

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
COBA MENDOZA, BRISAIDA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Femenino	Años	Meses	27989804	DNI/LE 27989804	PERU	Mestizo
	47	2				
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
Cajamarca / San Miguel / San Silvestre de Cochán			CASERIO EL CASTILLO			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
Cajamarca / San Miguel / San Silvestre de Cochán			CASERIO EL CASTILLO			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Retraso mental moderado, otros deterioros del comportamiento	F718	Retraso mental moderado, otros deterioros del comportamiento	F718
Otras epilepsias y síndromes epilépticos generalizados	G404	Otras epilepsias y síndromes epilépticos generalizados	G404

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	4
De La Comunicación	1
Del Cuidado Personal	1
De La Locomoción	0
De La Disposición Corporal	4
De La Destreza	3
De Situación	4
0	Sin limitación
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
5	Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir.
6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD	
Discapacidad Leve	1 Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2-3 Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	* 4-6 Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

2022/9/12 10:22

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

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☒ Dependencia de otra persona

No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

37,54 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

CONTROLES PERIÓDICOS POR NEUROLOGÍA

Se recomienda su reevaluación en 12 meses desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de 120 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AV. MARIO URTEAGA N° 500
Cajamarca - Cajamarca -
Cajamarca

6 de Septiembre de
2022

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MENDOZA CACHO DE DIAZ, HANNY VIOLETA

N° CMP

54144

N° RNE

34304

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

Dra. Hanny V. Mendoza Cacho
MÉDICO REHABILITADORA
CMP 54144 - RNE 34304

Dra. Hanny V. Mendoza Cacho
MÉDICO REHABILITADORA
CMP 54144 - RNE 34304



¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIS,

Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Ministerio de Justicia y Derechos Humanos, Ministerio de Cultura y Patrimonio, etc.)

Sí

2022/9/12 10:2

ANEXO 03

RESULTADO DE CONSULTA AL PADRÓN GENERAL DE HOGARES (PGH)

Estimado(a) ciudadano(a): COBA MENDOZA BRISAIDA a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 17/10/2022 a las 10:55:14

1. Código de Hogar : 2334118
2. Código Clasificación Socioeconómica : 26492080
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 01/06/2018 Hasta 01/06/2024
5. Fuente : ULF
6. Departamento : CAJAMARCA
7. Provincia : SAN MIGUEL
8. Distrito : SAN SILVESTRE DE COCHAN
9. Centro Poblado : EL CASTILLO
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : OTRO. SN NRO. PUERTA SN PISO.01
12. Referencia de la Dirección : AL COSTADO DE LA IGLESIA EVANGELICA
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar:

Tipo Documento	N° Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	27989804	BRISAIDA	COBA	MENDOZA
DNI	27989814	FIDENCIO	COBA	MENDOZA

ANEXO 04



Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio
Celular: 942155526
www.ctvcperu.org.pe

ANEXO 05



PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Viceministerio de Prestaciones Sociales Programa Nacional de Enfoque de la Persona con Discapacidad a Personas con Discapacidad Severa de Situación de Pobreza

FORMATO PC 1000

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

FECHA: 13 / 10 / 2022

I. DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

1.1 TIPO DE DOCUMENTO ☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 27989804

1.3 APELLIDO PATERNO COBA

1.4 APELLIDO MATERNO MENDOZA

1.5 NOMBRES BRISALDA

1.6 ☒ SEXO 1.7 47 EDAD 1.8 11 / 06 / 1975 FECHA DE NACIMIENTO

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

1.10 ¿SE COMUNICA CON ALGUNA LENGUA ORIGINARIA? SI ☐ No ☒ ¿CUÁL?

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

☐ QUECHUA ☐ AYMARA ☐ NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONIA ☐ NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/AFROPERUANO

☐ BLANCO ☐ MESTIZO ☐ OTRO ☒ NO SABE ☐ PERTENECE A PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO

1.12 ¿MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? ☐ INICIAL ☒ PRIMARIA SEXTO ☐ SECUNDARIA

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

☐ ILETRADO ☐ NO ESTUDIA

1.13 DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO CAJAMARCA PROVINCIA SAN MIGUEL

DISTRITO SAN SILVESTRE DE COCHAN CENTRO POBLADO

TIPO DE VÍA ☐ AVENIDA ☐ JIRÓN ☐ CALLE ☐ PASADIZO ☐ OTRO

NOMBRE DE LA VÍA

NÚMERO KM MZ INTERIOR N° DE DPTO LT PISO BLOQUE

TIPO DE ZONA ☐ AA.HH ☒ CASERÍO ☐ CONJUNTO HABITACIONAL ☐ COOPERATIVA ☐ FUNDO

NOMBRE DE LA ZONA LA CAPARINA

REFERENCIA 400 METROS DE LA IGLESIA NAZARENO LA CAPARINA

1.14 TELÉFONO FIJO 1.15 TELÉFONO CELULAR 97552419

1.16 CORREO ELECTRÓNICO cajamarca.rretucperu@gmail.com

1.17 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI ☒ No ☐ 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00434206

1.19 FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 06 / 09 / 2022 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO 120 (Expresado en meses)

1.21 ¿ACEPTA QUE SE TRASLADÉ SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL CTSI ☒ No ☐

1.22 ¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD? SI ☐ No ☒ (Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si marcó NO pase a la pregunta 1.23)

1.23 ¿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 1.24)

1.24 ¿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/EL AUTORIZADA/O. Si la persona con discapacidad es menor de edad es obligatorio el registro, opcional si se trata de un adulto que lo requiere.

2.1 TIPO DE DOCUMENTO ☒ DNI ☐ CARNET DE EXTRANJERÍA

2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO

27989814

2.3 APELLIDO PATERNO

COBA

2.4 APELLIDO MATERNO

MENDOZA

2.5 NOMBRES

FIDENCIO

2.6 TELÉFONO:

975524199

2.7 CORREO ELECTRÓNICO:

susanavioletacoba9785@gmail.com

2.8 PARENTESCO CON LA/EL BENEFICIARIA/O

☐ MADRE/PADRE☒ HERMANA/O☐ ABUELA/O☐ HIJA/O☐ NIETA/O☐ TÍO/O☐ PRIMA/O☐ ESPOSA/O☐ OTRO PARIENTE

(Especifique)

2.9 ¿ADJUNTA INFORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL?

SI ☐ No ☒

(Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

(Marque con una X en señal de conformidad)

2.10 ☒ Declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco 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 compromiso 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).

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 expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

3.2 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).

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

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 usuarias/os al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.

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

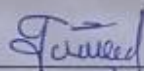


PERSONA CON DISCAPACIDAD

Nombres y Apellidos: BRISAIDA COBA MENDOZA

DNI: 27989804

Celular:

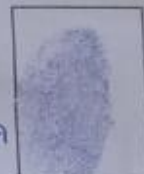



AUTORIZADA/O

Nombres y Apellidos: FIDENCIO COBA MENDOZA

DNI: 27989814

Celular: 975524199



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

Nombres y Apellidos:

DNI N°:

Celular:

Cargo:

Municipalidad:

FIRMA

(información será utilizada para realizar las notificaciones que correspondan).

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