

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

*“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”*

OFICIO N° 014-2021-CTVC/HUANUCO

Huánuco, 10 de marzo del 2021.

Sra.:

Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Directora Ejecutivo

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

Lima.-

Asunto: Se ALERTA uno (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), en especial de su presidente, Monseñor Luís Bambarén Gastelumendi. 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 realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO¹:

- **CASO N° 042-2021-CTVC/HUA**

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,



JUAN JOSE PARDAVE TREJO

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 es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO **corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas**, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160416		CASO		N° 042-2021-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	
				04/03/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		HUERTA BRICEÑO ISABEL CELINA		3. NÚMERO-DNI:	
				70232710	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PUERTO INCA-OMAPED		5. CARGO:	
				RESPONSABLE DE OMAPED	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
				04/03/2021	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA:	
				PUERTO INCA	
9. DISTRITO:		PUERTO INCA		10. CCPP/DIRECCIÓN:	
				PUERTO INCA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	
				VIA TELEFONICA_SR HUANUCO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	
				01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 04/03/2021, mediante llamada telefónica de la Srta. Isabel Celina Huerta Briceño identificada con DNI N° 70232710, Responsable del OMAPED de la municipalidad provincial de Puerto Inca, trasladó información, siendo registrado en la ficha de atención A-003-2021-CTVC/HUA-D, donde manifestó lo siguiente:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACIÓN/DESAFILIACION.-** En entrevista realizada a la responsable de OMAPED de la municipalidad provincial de Puerto Inca manifestó que, el 28 de diciembre del 2020, mediante oficio N° 410-2020-MPP/ALC, la municipalidad provincial de Puerto Inca presentó de manera virtual al programa Contigo el expediente del menor de edad de iniciales JJCC con DNI N° 60249756 con la finalidad de solicitar su afiliación, sin embargo, hasta la fecha no ha recibido respuesta alguna sobre la solicitud de afiliación de dicho menor de edad. Además, manifiesta que el menor de edad cumple con todos los requisitos que el programa exige para la afiliación, así mismo también se solicitó la autorización de cobro. **(Ver ficha de Atención)**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que, el programa CONTIGO promueva el estricto cumplimiento de la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE sobre "Afiliación, elaboración del padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva", aprobada con RDE N° 049-2019-MIDIS/PNPDS-DE.
2. Se recomienda que, el programa Contigo pueda actuar de forma inmediata para brindar la solución del problema por tratarse de una población altamente vulnerable.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (11))

- 1. Anexo N° 01:** Ficha de atención N° A-003-2021-CTVC-HUA-D **(01 folio).**
- 2. Anexo N° 02:** Oficio N° 410-2020-MPP/ALC **(08 folio).**
- 3. Anexo N° 03:** Captura de Pantalla de recepción de oficio por mesa de partes del programa **(01 folio)**
- 4. Anexo N° 04:** Captura de pantalla de la plataforma del programa social **(01 folio).**



Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		FICHA N°:A- 003-2021-CTVC-HUA-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 CANALIZACION DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-					
1. PROGRAMA por X:		JUNTOS() PAIS () CONTIGO(X) PENSION 65 () QALIWARMA() CUNA MÁS () FONCODES ()		2. FECHA DE REGISTRO	4/03/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		HUERTA BRICEÑO ISABEL CELINA		4. Documento - DNI	70232710
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:	19/12/1997
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (X)		8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:		isahuerta97@gmail.com		10. Telef. Personal:	998888509
11. Institucion/Cargo:		Municipalidad Distrital de Puerto Inca-Responsable de OMAPED		12. Telef. Institucional:	989050729
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia:	PUERTO INCA
15. Distrito:		PUERTO INCA		16. CCPP/Dirección:	AV. SANCHEZ CERRO MZ 34
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURENCIA:	4/03/2021
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	PUERTO INCA
20. Distrito:		PUERTO INCA		21. CCPP/Dirección:	AV. SANCHEZ CERRO MZ 34
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son mas de 3 adjuntar listado con: Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES 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 ¿QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
La ciudadana Isabel Celina Huerta Briceño identificada con DNI N° 70232710 , responsable de OMAPED de la municipalidad provincial de Puerto Inca, manifestó que el 28 de diciembre del 2020, mediante oficio N° 410-2020-MPP/ALC, la municipalidad provincial de Puerto Inca presentó de manera virtual al programa Contigo el expediente del menor de edad de iniciales JJCC con DNI N° 60249756 con la finalidad de solicitar posible afiliación y autorización de cobro al programa. Sin embargo hasta la fecha no ha recibido respuesta alguna sobre la situación de dicho menor de edad. Ademas manifiesta que cumple con todos los requisitos que el programa exige para su afiliación.					
23. TIPO DE ATENCION:				24. TOTAL FOLIOS	1
25. Dctos ADJUNTOS:					
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES y APELLIDOS:			NOMBRES y APELLIDOS: Isabel Celina Huerta Briceño		
DNI:			DNI: 70232710		
CARGO:			CARGO: Responsable del OMAPED		



**MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE PUERTO INCA
DEPARTAMENTO DE HUÁNUCO**

"Año de la Universalización de la Salud"



Puerto Inca, 28 de diciembre del 2020

OFICIO N° 410 - 2020-MPPI/ALC.

DOCTOR:

JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO

Director Ejecutivo

Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO.

Av. Faustino Sánchez Cerrión N° 417.

Magdalena del Mar, Lima.

Asunto: Expedientes para solicitar afiliación de la pensión no contributiva.

Tengo el grato de dirigirme a usted, a fin de saludarla cordialmente a nombre de la Municipalidad Provincial de Puerto Inca, departamento de Huánuco, que represento y a la vez remitir las solicitudes de afiliación de la pensión de los usuarios mayores y menores de edad que no pueden expresar su voluntad al Programa Nacional CONTIGO a fin de que se pueda iniciar con el trámite correspondiente.

Respecto a ello, remito adjunto al presente 04 expedientes correspondientes a 05 usuarios en 24 folios, la cual se detalla a continuación:

N	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	DNI	FOLIOS
1	HUANUCO	PUERTO INCA	YUYAPICHIS	Anderson Espiritu Boquichin	44746218	Del 1 al 6
2	HUANUCO	PUERTO INCA	YUYAPICHIS	Jacob Jesus Camargo Cordova	60249756	Del 1 al 7
3	HUANUCO	PUERTO INCA	YUYAPICHIS	María Aguillar de Cordova	23172209	Del 1 al 6
4	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Haddon Ed Rivera Gonzales	48981778	1
5	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Leonardo Paolo Martín Ticona Donayre	60996520	1

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

Atentamente,

ANGELICA JASMIN MEZA FLORES
DNI N°72515422



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: 15.12.2020

PROCEDIMIENTO DE:

☒ AFILIACIÓN

☒ AUTORIZACIÓN DE COBRO

☐ RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 60249756

1.2 DEPARTAMENTO: Huancayo

1.3 PROVINCIA: Puerto Inca

1.4 DISTRITO: Yuyapichis

1.5 DIRECCIÓN: Caserio la libertad

1.6 REFERENCIA: C.P. Monterico

1.7 APELLIDO PATERNO: CAMAREGO

1.8 APELLIDO MATERNO: CORDOVA

1.9 NOMBRES: S A C O B J E S U S

1.10 CORREO ELECTRÓNICO: —

1.11 TELÉFONO:
(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).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NO

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: 23173675

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☒ MADRE(1)
☐ PADRE(2)

OTRO(3) especificar

2.3 APELLIDO PATERNO: CORDOVA

2.4 APELLIDO MATERNO: AGUILAR

2.5 NOMBRES: Z A I D A R U T

2.6 CORREO ELECTRÓNICO: —

2.7 TELÉFONO: 932275502

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 resido 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 32.3 de la Ley N°27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE





PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00271556

00000924 - YUYAPICHIS

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Camargo, Cordova, Jacob Jesus

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	60249756	DNI	Camet extranjería
	13	8		60249756	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				Sí	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo

CIE

F710

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo

CIE

F710

IV. DISCAPACIDAD

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

V. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	* 4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES**De apoyo**

☒ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

☐ Otros productos de apoyo

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

☒ Dependencia de otra persona

No requiere

☐ No requiere**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

69,66 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

- 1.- SE RECOMIENDA EVALUACION POR NEUROLOGIA
- 2.- SE RECOMIENDA EVALUACION POR PSICOLOGIA
- 3.- SE RECOMIENDA TERAPIA DE APRENDIZAJE

Este documento tiene una vigencia de 6 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR.19 DE NOVIEMBRE S/N
YUYAPICHIS
Huánuco - Puerto Inca -
Yuyapichis

15 de Diciembre
de 2020

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO**



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

FAUSTINO RIMAC, VICTOR SAUL

N° CMP

N° RNE

71727

**FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICA**

[Firma y Sello del Médico]
MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
MICRO RED DE SALUD PUEBLO INCA
Victor Saul Faustino Rimac
C.O.P. 71727
MEDICO CIRUJANO

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO**

[Firma]
Med. Jean Paul Eliseo Vicente Agui
MÉDICO CIRUJANO
CMP 088827

**FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO**

[Firma]
GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD
RED DE SALUD PUEBLO INCA
MICRO RED YUYAPICHIS
Lis E. Ynchaustegui Reynoso
JEFE DE MICRO RED
C.O.P. 24731

¿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

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES: JACOB JESUS APELLIDOS: CAMARGO CORDOVA FECHA DE NACIMIENTO: 06-APR-07 SEXO: HOMBRE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 7841193
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 60249756
APELLIDO PATERNO: CAMARGO
APELLIDO MATERNO: CORDOVA
NOMBRES: JACOB JESUS
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 06/04/2007
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 02/02/2020

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: HUANUCO
PROVINCIA: PUERTO INCA
DISTRITO: YUYAPICHIS
UBIGEO: 100905
CENTRO POBLADO: LA LIBERTAD
CODIGO CENTRO POBLADO: 0024
DIRECCION: JR. LA LIBERTAD PISO.01
REFERENCIA DE DOMICILIO:
TIPO DE CARGA: R200

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 03/02/2020
FECHA VIGENCIA FINAL: 03/02/2028
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE EXTREMO (2)
AREA: RURAL
NRO DE TIPO DE FORMATO: 136483

(2) Por nueva información proporcionada

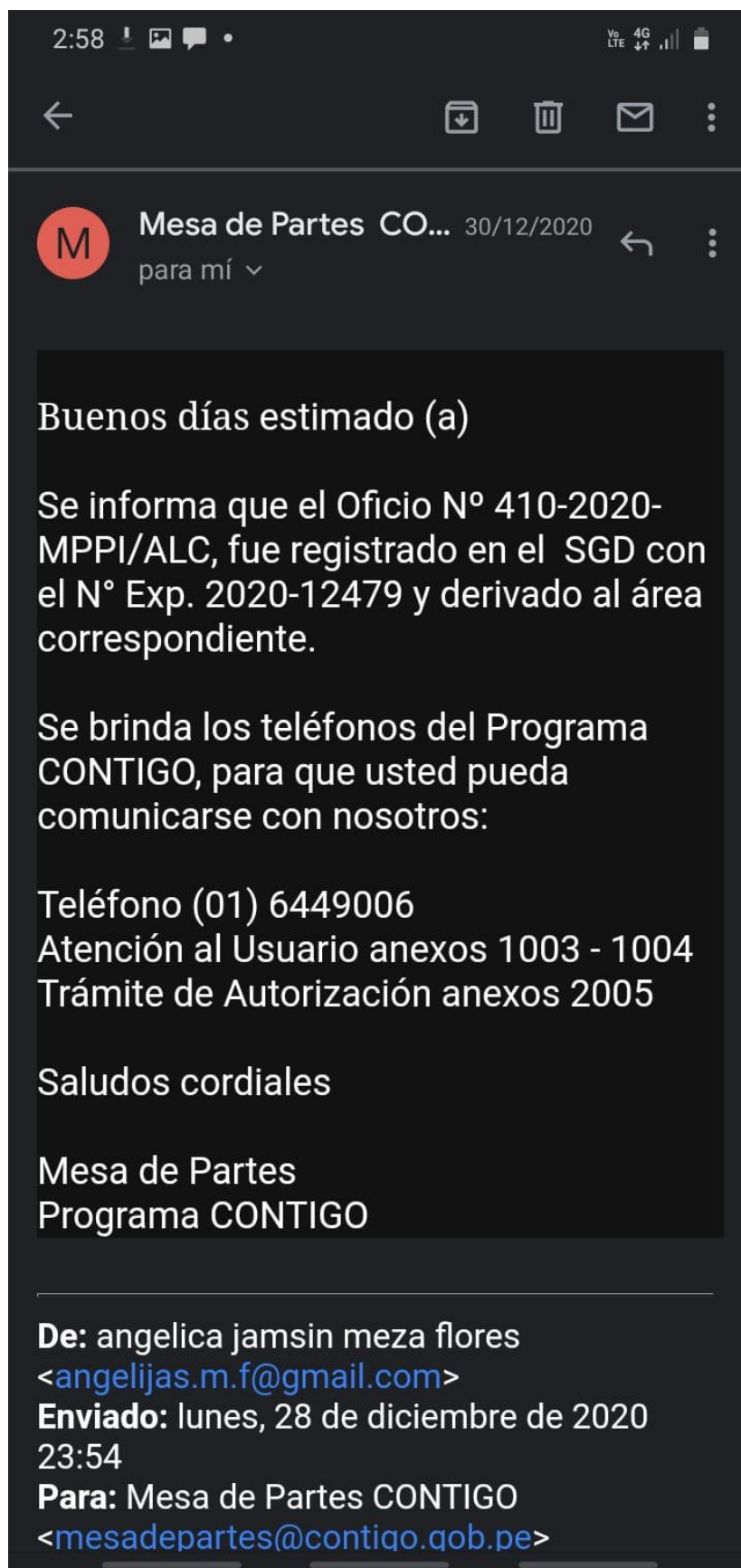
4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	23173675	CORDOVA	AGUILAR		ZAIDA RUT	FEMENINO	26-MAY-74
2	23173676	CAMARGO	CAMPOS		HECTOR	MASCULINO	18-NOV-73
3	60249756	CAMARGO	CORDOVA		JACOB JESUS	MASCULINO	06-APR-07

VISO 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 N° 04: Captura de Pantalla de la plataforma del programa social

