

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Ica, 25 de junio de 2021

OFICIO N° 023-2021-CTVC/ICA

Señor (a)

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

Directora Ejecutiva

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

Presente. -

Asunto: Se ALERTA dos (02) CASOS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

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

- CASO N° 068-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 069-2021-CTVC/ICA

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

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

Atentamente,



.....
Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108 Telf. LIMA: 945095602		CASO		N° 069-2021-CTVC/ICA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 18/06/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		MENDOZA VIUDA DE MILACHAY MARÍA LUISA		3. NÚMERO-DNI: 21500861	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURENCIA: 15/06/2021	
7. DEPARTAMENTO:		ICA		8. PROVINCIA: ICA	
9. DISTRITO:		SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS		10. CCPP/DIRECCIÓN: LOS MOLINOS	
11. PROCESO:		GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN? DNI 46345462 CARMEN ROSA MORAN MEDINA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 1	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia, al programa Contigo, la Sra. María Luisa Mendoza Viuda de Milachay, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de San José de Los Molinos, reporta la Ficha de Atención A-018-2021-ICA-D, en ello acoge el pedido de la señora Carmen Rosa Morán Medina, registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** La señora **CARMEN ROSA MORÁN MEDINA**, identificada con DNI N° 46345462, de 43 años de edad, es una persona con discapacidad severa, que vive en condiciones de precariedad, extrema pobreza y vulnerabilidad, no tiene familiares, vive de la caridad de los vecinos de la comunidad en la que vive, no tiene propiedades, estuvo viviendo en uno de los ambientes del ex mercadito del distrito hasta fines del mes de junio del 2020, actualmente por caridad, una vecina la albergó temporalmente en su casa, luego regresará a los ambientes del mercadito. Se adjunta testimonio fotográfico que refleja claramente la realidad descrita.

Al consultar en la web del SISFOH, la Clasificación Socioeconómica de la señora Carmen Rosa se indica que es de “**no pobre**”, sin embargo, al observar las condiciones en la que vive, la evaluación de la CSE no correspondería a la realidad de su condición socioeconómica por los motivos antes expuestos. Este grave error de calificación socioeconómica perjudica a la ciudadana pues no puede recibir apoyo del estado que le permita mejorar su calidad de vida, debiéndose además señalar que en fecha 28/05/2021, mediante Oficio N° 021-2021-CTVC/ICA, se ha procedido a solicitar a la oficina de Focalización e Información del Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH, la rectificación de la Condición Socioeconómica de la Sra. Carmen Rosa Morán Medina. **Ver anexos.**

Por lo señalado en el presente caso y ante la vulneración de los derechos de la Sra. Carmen Rosa por el error en el resultado de su Condición Socio Económica, le impide iniciar su trámite de afiliación al Programa Contigo, por lo que se solicita la revisión de este caso y de ser pertinente efectuar su afiliación al Programa Contigo, de tal manera que pueda mejorar su calidad de vida la señora Carmen Rosa Morán Medina.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Verificar el presente caso y de ser pertinente realizar su afiliación al programa.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1. Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-018-2021-ICA-D (folio 1)
2. Anexo 2: Copia de Formato de PC 1000 de Carmen Rosa Morán Medina (folio 1)
3. Anexo 3: Fotografía del ambiente donde vive la persona con discapacidad (folio 1)
4. Anexo 4: Fotografía del ambiente que le brindan temporalmente (folio 1)
5. Anexo 5: Captura de pantalla de la CSE (folio 1)
6. Anexo 6: Copia de DNI y Carnet de discapacidad de Carmen Rosa Morán Medina (folio 1)
7. Anexo 7: Copia de Certificado de Discapacidad severa (folio 2)

- 8. Anexo 8: Captura de pantalla de Seguro Integral de Salud activo (folio 1)
- 9. Anexo 9: Cargo del Oficio N° 021-2021-CTVC/ICA (folios 7)



.....

Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN				FICHA N° <u>A-018-2021-ICA-D</u>	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-							
1.PROGRAMA por X:		CONTIGO (<input checked="" type="checkbox"/>) CUNA MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () SISFOH ()				2.FECHA de REGISTRO: <u>18/06/2021</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)							
3. Apellidos Nombres:		MORAN MEDINA CARMEN ROSA		4. Documento-DNI:		46345462	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (<input checked="" type="checkbox"/>)		6. Fecha-Nacimiento:		25/07/1976	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ___/___/___/___ NO (<input checked="" type="checkbox"/>)		8. Tiempo Residencia:		() MESES Más de 15 años.	
9. Correo Electrónico:		--		10. Telef. Personal:		969545990	
11. Institución/Cargo:		--		12. Telf. Institucional:		--	
13. Departamento:		ICA		14. Provincia:		ICA	
15. Distrito:		SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS		16. CCPP/Dirección:		LOS MOLINOS	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:						17.FECHA OCURRENCIA: <u>15/06/2021</u>	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:							
18. Departamento:		ICA		19. Provincia:		ICA	
20. Distrito:		SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS		21. CCPP/Dirección:		LOS MOLINOS	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:							
22. <small>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?</small>							
La presidenta del Comité Local del distrito de San José de, Doña María Luisa Mendoza, vía telefónica comunica que la señora CARMEN ROSA MORAN MEDINA, identificada con DNI N° 46345462, de 43 años de edad, es una persona con Discapacidad Severa, no tiene familiares, vive de la caridad de sus amistades, estuvo viviendo buen tiempo en uno de los ambientes abandonados del ex-mercadillo de Los Molinos. Ante ésta situación, una compoblana de Los Molinos lo acogió en su casa temporalmente.							
Según lo observado, y conocedores de la situación que atraviesa la señora CARMEN ROSA MORAN MEDINA, no cuenta con propiedades ni bienes, sin embargo en la Clasificación Socio Económica tiene la calificación de NO POBRE y no está de acuerdo con esta calificación por que no refleja su situación real que vive. Este hecho le dificulta para su inscripción en el programa Contigo.							
Solicitamos por favor ver su caso de la CARMEN ROSA MORAN MEDINA, por ser persona de extrema pobreza y persona con discapacidad severa.							
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (<input checked="" type="checkbox"/>) Reclamo () Queja () Denuncia ()				24.TOTAL FOLIOS: <u>6</u>	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (<input checked="" type="checkbox"/>) DJ () Otros (<input checked="" type="checkbox"/>)					
26.OBSERVACIONES:		Se adjunta fotografía.					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)				NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL			
<p>_____</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>María Luisa Mendoza Vda. de Milachay</u></p> <p>DNI: <u>21500861</u> CARGO: <u>Presidenta</u></p>				<p>_____</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>Carmen Rosa Morán Medina</u></p> <p>DNI: <u>46345462</u> CARGO: _____</p>			



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: 10-06-2021

PROCEDIMIENTO DE: AFILIACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 46345462

1.2 DEPARTAMENTO: ICA

1.3 PROVINCIA: ICA

1.4 DISTRITO: SAN JOSE DE LOS MOLINOS

1.5 DIRECCIÓN: PSTE YANCAY CERCADO LOS MOLINOS MZ "G" LT. 12A

1.6 REFERENCIA:

1.7 APELLIDO PATERNO: MORAN

1.8 APELLIDO MATERNO: MEDINA

1.9 NOMBRES: CARMEN ROSA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: 969545990 (CELULAR)

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

- Expreso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen, sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI:

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: MADRE(1) OTRO(3) PADRE(2)

2.3 APELLIDO PATERNO:

2.4 APELLIDO MATERNO:

2.5 NOMBRES:

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

- Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con él/ella en la misma vivienda.
- Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar 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).
- 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).
- 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



ANEXO 03:

Se observa el local del ex-mercadillo, ambiente que sirvió de albergue para la señora Carmen Rosa Morán Medina



ANEXO 04:
Ambiente que ofreció una pobladora de San José de Los Molinos,
para que se quede temporalmente la señora Carmen Rosa Morán Medina



ANEXO 05:

Resultado de la consulta virtual de la clasificación socio económico donde le califica como NO POBRE a la señora Carmen Rosa Morán Medina


1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 7713188
 CODIGO DE CLASIFICACION: 25440921
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 48345462
 APELLIDO PATERNO: MORAN
 APELLIDO MATERNO: MEDINA
 APELLIDO DE CASADA:
 NOMBRES: CARMEN ROSA
 SEXO: FEMENINO
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/07/1978
 HOGAR ESTADO: HOGAR SIN RESTRICCION
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 08/11/2019
 FUENTE: BDA-LUZ
 UBICACIÓN GEOGRAFICA :

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
 PROVINCIA: ICA
 DISTRITO: SAN JOSE DE LOS MOLINOS
 UBIGEO: 110109
 CENTRO POBLADO: SAN JOSE DE LOS MOLINOS
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
 DIRECCION: CALLE SIN NOMBRE NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. Q LOTE.16
 REFERENCIA DE DOMICILIO: POR LA JUNTA DE RIEGO
 NÚCLEO URBANO: SAN JOSE DE LOS MOLINOS
 TIPO DE CARGA: S100

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 29/11/2019
 FECHA VIGENCIA FINAL: 29/11/2023
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
 CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: NO POBRE (2)
 AREA: URBANO
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 7017578

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO. DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TRAMITE PENDIENTE
1	48345462	MORAN	MEDINA		CARMEN ROSA	FEMENINO	25/07/1978	

AVISO LEGAL

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

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

ANEXO 07:

Copia de DNI y Carné de persona con Discapacidad Severa, de Carmen Rosa Morán Medina

Nro: 00144524
 Establecimiento de Salud: 00013912 - FELIX TORREALVA GUTIERREZ

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Moran, Medina, Carmen Rosa

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjeria
Femenino	42	4	46345462	46345462	
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Predominio de pensamientos o ruminaciones obsesivas	F420	Esquizofrenia	F20
Disartria y anartria	R471		

IV. DISCAPACIDAD

Categoría	Código	Descripción
De La Conducta	4	0 Sin limitación
De La Comunicación	2	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	0	5 Actividad imposible de llevar a cabo sin el apoyo de una persona la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir
De Situación	2	6 La actividad no se puede realizar o mantener aun con asistencia personal

V. GRAVEDAD

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

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECANICAS 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

- % ¿Es diferido? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AV. CUTERVO N° 104 Ica - Ica - Ica
14 de Diciembre de 2018

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA
ROBLES HEADRINGTON, PAULO CÉSAR MANUEL

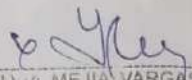
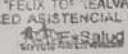
N° CMP N° RNE
55557

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


Dr. Paulo C. Robles Headrington
MEDICO REHABILITADOR
CMP 55557 RNF 33975
PRESTACIONES SOCIALES EDASIST ICA



J. ELVIA MEJÍA VARGAS
JEFE MEDICO QUIRURGICO
C.M.P. N° 30408 - Reg. Espec. 16766
HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIERREZ
RED ASISTENCIAL ICA



Dra. Marilu Rosario Palomino Martínez
C.M.P. 37632
DIRECTORA
HOSPITAL FÉLIX TORREALVA GUTIERREZ
RED ASISTENCIAL ICA


¿Desearía 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

[Imprimir](#)
[Volver](#)
[Nueva Consulta](#)
[Página Principal](#)
DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres MORAN MEDINA, CARMEN ROSA
 Documento de Identidad DNI 46345462

DATOS DEL SEGURO

N° de afiliación / inscripción 2-46345462
 Tipo de seguro **SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)**
GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA
 Tipo de asegurado TITULAR
 Tipo de formato AFILIACIÓN DIRECTA
 Fecha de afiliación / levantamiento 19 / 11 / 2020
 Plan de Beneficios **PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS**
 Establecimiento de salud 110109A208 (RENAES: 0000003365) LOS MOLINOS
 Ubicación de establecimiento de salud Dpto. ICA - Prov. ICA - Dist. SAN JOSÉ DE LOS MOLINOS

DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Estado **ACTIVO**

INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBE TENER EN CUENTA

1. Si el estado de su seguro figura como **ACTIVO**, usted podrá recibir las prestaciones de salud que le corresponden, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia respectivo de corresponder.
2. Si el estado de su seguro figura como **INACTIVO**, puede deberse a las siguientes causas:

SIS Emprendedor

- No se encuentra al día en el pago de sus obligaciones tributarias a SUNAT

SIS Independiente

- No se encuentra al día en sus aportaciones

Cargo del OFICIO N° 021-2021-CTVC/ICA, recepcionado el día 28/05/2021, solicitud registrada con código ygehvwrk

07

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Ica, 28 de Mayo del 2021

OFICIO N° 021-2021-CTVC/ICA

Señor:

JAVIER DAVID LOZA HERRERA

Director General de Focalización e Información

Sistema de Focalización de Hogares - SISFOH

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° 065-2021-CTVC/ICA

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



Jhony Rojas Inga
Responsable Regional



MESA DE PARTES VIRTUAL MIDIS
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



Gracias por enviar tu solicitud.

Tu solicitud ha sido registrada con el código ygehvwrk.

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

ANEXO 03:

Ambiente que ofreció una pobladora de San José de Los Molinos, para que se quede temporalmente la señora Carmen Rosa Morán Medina

ANEXO 02:

Se observa el local del ex-mercadillo, ambiente que sirvió de albergue para la señora Carmen Rosa Morán Medina



ANEXO 04:
Resultado de la consulta virtual de la clasificación socio económico donde le califica como NO POBRE a la señora Carmen Rosa Morán Medina

02

1. DATOS DE IDENTIFICACION	
HOGAR ID:	7713188
CODIGO DE CLASIFICACION:	25440021
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI):	48345482
APELLIDO PATERNO:	MORAN
APELLIDO MATERNO:	MEDINA
APELLIDO DE CASADA:	
NOMBRES:	CARMEN ROSA
SEXO:	FEMENINO
FECHA DE NACIMIENTO:	23/07/1973
HOGAR ESTADO:	HOGAR SIN RESTRICCIÓN
FECHA EMPADRONAMIENTO:	09/11/2019
FUENTE:	BDA-LUZ
UBICACION GEOGRAFICA:	

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO	
DEPARTAMENTO:	ICA
PROVINCIA:	ICA
DISTRITO:	SAN JOSE DE LOS MOLINOS
UBIGEO:	110108
CENTRO POBLADO:	SAN JOSE DE LOS MOLINOS
CODIGO CENTRO POBLADO:	0001
DIRECCION:	CALLE SIN NOMBRE NRO. PUERTA SNI PISO 01 MZA. Q LOTE. 18
REFERENCIA DE DOMICILIO:	POR LA JUNTA DE RIEGO
NÚCLEO URBANO:	SAN JOSE DE LOS MOLINOS
TIPO DE CARGA:	S100

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR	
FECHA VIGENCIA INICIAL:	20/11/2019
FECHA VIGENCIA FINAL:	20/11/2023
ESTADO VIGENCIA:	VIGENTE
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA:	NO POBRE (1)
AREA:	UREARO
NRO DE TIPO DE FORMATO:	7017578

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR								
NRO.	NRO. DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO	TRAMITE PENDIENTE
1	48345482	MORAN	MEDINA		CARMEN ROSA	FEMENINO	23/07/1973	

AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es papele a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29730, 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), se de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y solo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y actualización no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es solo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública 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 Registros (PGR), para que identifiquen y asignen a sus potenciales beneficiarios, en ser el caso, proceda a su afiliación y/o inscripción correspondiente.

01

ANEXO 05:
Copia de DNI y Camé de persona con Discapacidad Severa, de Carmen Rosa Morán Medina

01

