

Chachapoyas, 28 de septiembre del 2021

OFICIO N° 071-2021-CTVC/AMAZONAS BAGUA

Señora/ita:

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 alertan tres (03) CASOS

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacer llegar un cordial saludo a nombre de los miembros Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (en adelante, el Comité), al mismo tiempo manifestar que el Comité tiene como función principal vigila 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 realizada por los integrantes de los Comités Locales del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO¹

- CASO N° 099-2021-CTVC/BAG
- CASO N° 100-2021-CTVC/BAG
- CASO N° 101-2021-CTVC/BAG

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y concluido su procedimiento, le solicito a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

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

Atentamente,


Lic. YURI ANDREW PELÁEZ POCLÍN
RESPONSABLE REGIONAL (e) DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS-BAGUA

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; 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 o 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.

Jr. Santo Domingo N°604-2do piso-Chachapoyas-Amazonas
(Local de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza)
Celular:942157610

correo electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / amazonas.1rrctvcperu@gmail.com

<http://www.ctvcperu.org.pe>

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Bagua: 942 157 610 Teléfono Nacional: 942 160 511		CASO		N° 099-2021-CTVC/BAG	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 24/09/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		VARGAS ROMERO MARIA NERI		3. NÚMERO-DNI: 40539066	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE CUMBA		5. CARGO: PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 24/09/2021	
7. DEPARTAMENTO:		AMAZONAS		8. PROVINCIA: UTCUBAMBA	
9. DISTRITO:		CUMBA		10. CCPP/DIRECCIÓN: CUMBA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 48995735- POTENCIAL USUARIA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 1	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Con fecha **24/09/2021**, mediante comunicación telefónica la Señora María Neri Vargas Romero presidenta del CLTV del distrito de Cumba, indicó que a la fecha no se ha realizado la afiliación al programa Contigo de la Sra. **Rosa Nilda Silva Cercado**, con DNI **48995735**, registrando ficha de atención N° **A-043-2021-BAG-D**, identificándose el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACIÓN/DESAFILIACIÓN:** La señora María Neri Vargas Romero, manifestó que recibió la queja por parte de la Sra. Rosa Nilda Silva Cercado, quien ha solicitado al programa Contigo su afiliación de forma virtual en la fecha 07/12/2020, el cual fue recibido por el programa el 08/12/2020 con el N° Exp. **2020-11343**. Ante esta situación la señora Rosa Silva indicó que ha transcurrido más de 09 meses y hasta la fecha no es considerada dentro de la relación de usuarios del programa nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación DE POBREZA - CONTIGO, a pesar de encontrarse en situación de vulnerabilidad postrada en sillas de ruedas, y depende de la atención de su hijo para realizar sus actividades cotidianas. **(Ver ficha de atención, anexos 02, 03 y 04)**

En ese sentido la Sra. Rosa Silva solicita al programa que se priorice su afiliación indicando que, por su condición de tal, no tiene ingresos para comprar sus medicinas y sus alimentos. **(Ver ficha de atención)**

Ante esta situación se ingresó los datos de la Sr. Rosa Nilda en la plataforma de consulta de usuarios del programa Contigo, donde indica lo siguiente **“Usted NO está afiliado(a) al programa Contigo”**; así mismo, se verificó en la plataforma de consulta SUSALUD dando como resultado que la señora Rosa Nilda cuenta con un seguro de salud SIS, cumpliendo con todos los requisitos que el programa establece según la RDE N°000095-2021-MIDIS/PNPDS-DE. **(Ver anexo 05 y 06)**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se recomienda al programa Social cumplir la RDE N°000095-2021-MIDIS/PNPDS-DE que aprueba la DIRECTIVA N° 007-2021-MIDIS/PNADS-DE “Gestión de la afiliación a la Pensión No Contributiva” en el siguiente artículo:

“(…)”

6.2. DISPOSICIONES ESPECÍFICAS**6.2.3 NOTIFICACIÓN DE RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS**

i) En caso de verificarse el incumplimiento de alguno de los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO; la Unidad de Operaciones y Transferencias, utilizará los datos

registrados en el Formato PC 1000 para comunicar a la/el solicitante a través de los canales formales. El cumplimiento de los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, será notificado posterior a la elaboración del Padrón de Usuarios.
(...)”

- Se recomienda al programa Social dar cumplimiento a la Ley N° 2993-Ley General Para las Personas con Discapacidad en el siguiente artículo:

“(...)”

artículo 61, Acceso a los Programas Sociales, señala:

Las personas con discapacidad son beneficiarias de los programas sociales, salud, alimentación, vestido y vivienda adecuados, y acceso a servicios públicos que brinda el Estado, sin que para ello se aplique el requisito de límite de edad. Los programas sociales brindan atención preferente a la persona con discapacidad, especialmente a las mujeres, niños, niñas y a quienes vivan en situación de pobreza para sufragar gastos relacionados con su discapacidad.

(...)”

- Atender el pedido de la Señora Rosa Nilda Silva Cercado y se priorice su afiliación al programa, previa comunicación con la usuaria y esta sede Regional.
- 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: (10))

Anexo 01. Ficha de Atención N° A-043-2021-BAG-D

Anexo 02: Copia de correo electrónico enviado por mesa de partes del programa Contigo.

Anexo 03: Expediente afiliación de la Sra. Rosa Nilda Silva Cercado

Anexo 04: Fotografía de la Sra. Rosa Anilda Silva Cercado

Anexo 05: Consulta en la plataforma de consulta a usuarios del Programa.

Anexo 06: Resultado en la consulta en la plataforma SUSALUD de la Sra. ROSA NILDA SILVA CERCADO


 Lic. YURITA PELAEZ POCLIN
 RESPONSABLE DE CAMPO DEL COMITÉ DE
 TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
 AMAZONAS - BAGUA

Anexo 01. Ficha de Atención N° A-043-2021-BAG-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-043-2021-BAG-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 USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE ABOGADO-					
1. PROGRAMA por X:		CONTIGO (X) / CUNA MAS () / FONCODES () / JUNTOS () PAIS () / PENSIÓN 65 () / QALI WARMA ()		2. FECHA de REGISTRO: 24 / 09 / 2021 /	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el (la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos/nombres:		VARGAS ROMERO MARIA NERI		4. Documento-DNI: 40539066	
5. Sexo (género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha de nacimiento:	
7. ¿Es usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo electrónico:		amazonas.1rrctvcperu@gmail.com amazonas.1rrctvcperu@gmail.com		10. Teléfono personal:	
11. Institución/cargo:		CLTV CUMBA/PRESIDENTE		12. Teléf. institucional: 941895514	
13. Departamento:		AMAZONAS		14. Provincia: UTCUBAMBA	
15. Distrito:		CUMBA		16. CCPP/Dirección CUMBA	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				2. FECHA OCURRENCIA: 24 / 09 / 2021 /	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		AMAZONAS		19. Provincia: UTCUBAMBA	
20. Distrito:		CUMBA		21. CCPP/Dirección CUMBA	
B) DESCRIPCIÓN 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 más de 3 adjuntar con: Apellidos, 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. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER? Con fecha 24/09/2021, mediante comunicación telefónica la Señora María Neri Vargas Romero presidenta del CLTV C del distrito de Cumba, indicó que a la fecha no se ha realizado la afiliación al programa Contigo de la Sra. Rosa Nilda Silva Cercado, con DNI 48995735, manifestó que recibió la queja por parte de la Sra. Rosa Nilda Silva Cercado, quien ha solicitado al programa Contigo su afiliación de forma virtual en la fecha 07/12/2020, el cual fue recibido por el programa el 08/12/2020 con el N° Exp. 2020-11343. Ante esta situación la señora Rosa Silva indicó que ha transcurrido más de 09 meses y hasta la fecha no es considerada dentro de la relación de usuarios del programa nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación DE POBREZA - CONTIGO, a pesar de encontrarse en situación de vulnerabilidad postrada en sillas de ruedas, y depende de la atención de su hijo para realizar sus actividades cotidianas. En ese sentido la Sra. Rosa Silva solicita al programa que se priorice su afiliación indicando que, por su condición de tal, no tiene ingresos para comprar sus medicinas y sus alimentos					
23. TIPO de ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()		24. TOTAL DE FOLIOS:	
25. Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Partida Nacimiento () Copia DNI (X) DJ (X) Otros (X)			
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: MARIA NERI VARGAS ROMERO DNI: 40539066 CARGO: PRESIDENTE			NOMBRES APELLIDOS: Rosa Nilda Silva Cercado DNI: 48995735 CARGO: POTENCIAL USUARIA		

Anexo 02: Copia de correo electrónico enviado por mesa de partes del programa Contigo.

27/9/21 13:37 Gmail - Fwd: SOLICITO AFILIACION

 Yuri Andrew Peláez Poolín <poolin04@gmail.com>

Fwd: SOLICITO AFILIACION
2 mensajes

Nancy Oclocho Minchan <oniryks25@gmail.com> 23 de septiembre de 2021, 10:41
Para: Yuri Andrew Peláez Poolín <poolin04@gmail.com>

----- Forwarded message -----
De: Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>
Date: mar., 8 de diciembre de 2020 09:33
Subject: RE: SOLICITO AFILIACION
To: NANCY OCLOCHO <oniryks25@gmail.com>

Buenos días estimado (a)

Se informa que su documento, fue registrado en el SGD con el N° Exp. 2020-11343 y derivado al área correspondiente.

Se brinda los teléfonos del Programa CONTIGO, para que usted pueda comunicarse con nosotros:

Teléfono (01) 6449006
Atención al Usuario anexos 1003 - 1004
Trámite de Autorización anexos 2005

Saludos cordiales

Mesa de Partes

De: NANCY OCLOCHO <oniryks25@gmail.com>
Enviado: lunes, 7 de diciembre de 2020 16:58
Para: Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>
Asunto: SOLICITO AFILIACION

Señor:
JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO

<https://mail.google.com/mail/u/1/?ik=9346b11658&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1711707717302785845&siml=msg-f%3A1711707717302785845&siml=msg-f%3A1711731940678383518> 1/2

27/9/21 13:37 Gmail - Fwd: SOLICITO AFILIACION

Director Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza-Contigo
[Av. Faustino Sánchez Carrón 417- Magdalena del Mar](#)

Asunto: Solicito Afiliación de la pensión no contributiva

Me dirijo a usted, para saludarlo y a la vez solicitar Afiliación al Programa Contigo de la la señora SILVA CERCADO ROSA NILDA, con DNI N° 48995735 para lo cual adjunto lo siguiente:

EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN DE LA CIUDADANA SILVA CERCADO ROSA NILDA

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

Atentamente:
Ing. Nancy Mercedes Oclocho Minchan
Rp.c. 979907928

 <http://1.bp.blogspot.com/-zFOv6AILZrU/VmJ02ge0zzI/AAAAAAAABEM/H6TlwWau7mE/s1600/Plantilla-%25C3%2581rbol-Reciclaje.png> Por favor imprima solo lo indispensable.
Cuanto más imprima, menos bosques quedarán vivos.

Nancy Oclocho Minchan <oniryks25@gmail.com> 23 de septiembre de 2021, 17:06
Para: Yuri Andrew Peláez Poolín <poolin04@gmail.com>

[El texto citado está oculto]

2 adjuntos

 image006.png
4K

 EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN SILVA ROSA ANITA.pdf
2038K

<https://mail.google.com/mail/u/1/?ik=9346b11658&view=pt&search=all&permthid=thread-f%3A1711707717302785845&siml=msg-f%3A1711707717302785845&siml=msg-f%3A1711731940678383518> 2/2

Anexo 03: Copia de expediente afiliación de la Sra. Rosa Nilda Silva Cercado

Año de la Universalización de la Salud

Cumba, 02 de diciembre 2020

SEÑOR : **JUAN CARLOS VELASCO GUERRERO**
 DIRECTOR EJECUTIVO
 Programa Nacional de Entrega de la Pensión no contributiva
 a persona con discapacidad severa en situación de pobreza –
 Contigo.
 Av. Faustino Sánchez Carrión 417-Magdalena del Mar

ASUNTO : SOLICITO AFILIACIÓN DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

=====

Me dirijo a usted, para saludarlo y a la vez SOLICITAR
 AFILIACIÓN AL PROGRAMA "CONTIGO" de la señora **ROSA NILDA
 SILVA CERCADO**, con **DNI. N°48995735**, para lo cual se adjunta lo
 siguiente:

- | | |
|--|---|
| 1. Formato PC 100 | X |
| 2. Certificado de Discapacidad Severa | X |
| 3. Clasificación Socioeconómico | X |
| 4. Formato RA 200 | |
| 5. Otro: FOTOGRAFIAS DEL CIUDADANO Y DNI | X |

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

Atte.



FIRMA
ROSA NILDA SILVA CERCADO
DNI. N°48995735
 TELÉFONO: 948 727 902



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Empleo de la Presidencia
del Consejo de Ministros a personas con discapacidad
Cuenta de Inclusión de Empleo - CIEP

FORMATO PC 1000

FECHA: 03/12/2020

PROCEDIMIENTO DE:

☒ AFILIACIÓN☐ AUTORIZACIÓN DE COBRO☐ RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 48995735

1.2 DEPARTAMENTO:

AMAZONAS

1.3 PROVINCIA:

UTCUBAMBA

1.4 DISTRITO:

CUMBA

1.5 DIRECCIÓN:

CASERIO VISTA FLORIDA

1.6 REFERENCIA:

ESPALDA DEL COLEGIO

1.7 APELLIDO PATERNO:

SILVA

1.8 APELLIDO MATERNO:

CERCADO

1.9 NOMBRES:

ROSA NILDA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO:

(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 sea persona vulnerable)

2.1 DNI: 48769971

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)
☐ PADRE(2)OTRO(3) HIJO

2.3 APELLIDO PATERNO:

CARRANZA

2.4 APELLIDO MATERNO:

SILVA

2.5 NOMBRES:

JOSE DANIEL

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

979334081

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 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

3/12/2020

https://sigel.sistoh.gob.pe/consulta_hogares_ULE/busqueda_prrn.php

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES: ROSA NILDA APELLIDOS: SILVA CERCADO FECHA DE NACIMIENTO: 10-SEP-49 SEXO: MUJER

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 11553471
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 48995735
 APELLIDO PATERNO: SILVA
 APELLIDO MATERNO: CERCADO
 NOMBRES: ROSA NILDA
 SEXO: FEMENINO
 FECHA DE NACIMIENTO: 10/09/1949
 HOGAR ESTADO: VIGENTE
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 06/02/2020

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: AMAZONAS
 PROVINCIA: UTCUBAMBA
 DISTRITO: CUMBA
 UBIGEO: 010703
 CENTRO POBLADO: VISTA FLORIDA
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0040
 DIRECCION: OTRO, VISTA FLORIDA NRO. PUERTA SN PISO.01
 REFERENCIA DE DOMICILIO: ESPALDAS DE LA IE ANTONOR ORREGO ESPINOZA
 TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 03/03/2020
 FECHA VIGENCIA FINAL: 02/03/2025
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE
 CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (1)
 AREA: RURAL
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 18115437

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	48995735	SILVA	CERCADO		ROSA NILDA	FEMENINO	10-SEP-49

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 solo 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.



2/11/2020

Certificado de Discapacidad: 00260491



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00260491
 Establecimiento de Salud 00005125 - HOSPITAL DE APOYO I SANTIAGO APOSTOL DE UTCUBAMBA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Silva, Cercado, Rosa Nilda

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carriel extranjera
Femenino	71	1	48995735	48995735	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte

CIE

R262

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

(Osteo)artrosis primaria generalizada

CIE

M150

IV. DISCAPACIDAD

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

V. GRAVEDAD

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

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

De apoyo

☐ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente
☒ 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 difiendo?: Sí

2/11/2020

Certificado de Discapacidad: 00260491

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
SE SOLICITA MANEJO POR TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

Este documento tiene una vigencia de **60 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN AVENIDA FELIPE SANTIAGO S/N - BAGUA GRANDE Amazonas - Utcubamba - Bagua Grande		3 de Noviembre de 2020	HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO
APellidos y Nombres del Médico que Certifica MUÑOZ MANTERO, JOSE EDILBERTO		N° CMP 64068	N° RNE
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	
 MEDICO CRUJANO C.M.P. N° 64068	 GOBIERNO REGIONAL AMAZONAS DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AMAZONAS MC. GORKY JAVE PCQUIOMA DIRECTOR REGIONAL CMP 048948 - RNE 37387	 PERU MINSA Gobierno Regional Amazonas Hospital Regional de Amazonas Dr. Jose Edilberto Muñoz Mantero MEDICO CRUJANO CMP 64068	

¿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)

Sí

Anexo 04: Fotografía de la Sra. Rosa Anilda Silva Cercado.



Anexo 05: Resultado plataforma de consulta de usuarios del Programa Contigo.

Logia Usuario - Programa Contigo

https://contigo.gob.pe/login-usuario/

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social contigo

PORTAL TRANSPARENCIA

ATENCIÓN AL USUARIO (01) 644 9006

INICIO PROGRAMA CONTIGO ¿DÓNDE ESTAMOS? ¿CÓMO SER USUARIO?

Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento

N° DNI
48995735

dd/mm/aaaa
10/09/1949

BUSCAR AFILIADO

¿Necesitas ayuda?

El Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de Pobreza - CONTIGO, es una entidad adscrita al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Para mayor información, comuníquese:

(01)644 9006 Opción 1 consultas@contigo.gob.pe

Usted NO está afiliado(a) al Programa Contigo

ASISTENTE EN LINEA
CONSULTA DE USUARIOS
USUARIO OMOPED

Anexo 06: Resultado en la consulta en la plataforma SUSALUD de la Sra. ROSA NILDA SILVA CERCADO.

Sin título - Perú: Microsoft Edge

about:blank

SUSALUD Superintendencia Nacional de Salud

CONSULTA AL REGISTRO DE AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

De acuerdo a la información reportada por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, el/la Sr./Sra.:

SILVA CERCADO, ROSA NILDA

Con documento de identidad DNI N° 48995735, se encuentra afiliado(a) al Aseguramiento Universal en Salud contando con la cobertura mínima del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

Afiliaciones del Asegurado

NOMBRE DE IAFAS	REGIMEN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIPO DE PLAN DE SALUD	ESTADO
SIS	SUBSIDIADO	27/11/2018		PEAS Y COMPLEMENTARIO	ACTIVO

Siendo las 01:32 p.m. del día lunes 27 septiembre 2021, se expide la presente para los fines de lo dispuesto en el D.L. N° 1163, D.L. N° 1164, Decreto Supremo N° 034-2010-SA y normas complementarias y modificatorias.

CODIGO DE OPERACIÓN N° 0194570285

Para recibir las prestaciones de salud que correspondan a su derecho, el afiliado deberá cumplir las condiciones estipuladas con sus respectivas IAFAS.

Para comprobar la validez de esta información debe ingresar el Código de operación en la siguiente dirección web: <http://app1.susalud.gob.pe/registro/>