

**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"

Huánuco, 22 de junio de 2021

OFICIO N° 089-2021-CTVC/HUANUCO

Señora

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 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 (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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 143-2021-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



SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO

Responsable Regional (e)

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 143-2021-CTVC/HUA
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 11/06/2021
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: 11/06/2021
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 VIGILANCIA/ATENCIÓN? 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 11/06/2021, mediante llamada telefónica de la Srta. Isabel Celina Huerta Briceño identificada con DNIN° 70232710, Responsable del OMAPED de la municipalidad provincial de Puerto Inca, trasladó información, siendo registrado en la ficha de atención A-058-2021-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 26 de octubre del 2020, mediante oficio N° 406-2020-MPPI/ALC, la municipalidad provincial de Puerto Inca presentó de manera virtual al programa Contigo el expediente del ciudadano Jesús Michael Palacios Bustamante con DNIN° 47567827 con la finalidad de solicitar su afiliación, sin embargo, hasta la fecha no ha recibido respuesta alguna sobre la situación de dicho ciudadano. Además, manifiesta que el ciudadano cumple con todos los requisitos que el programa exige para la afiliación. **(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: (10))

1. **Anexo N° 01:** Ficha de atención N° A-058-2021-HUA-D **(01 folio).**
2. **Anexo N° 02:** Oficio N° 406-2020-MPPI/ALC **(07 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-058-2021-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	
				11/06/2021	
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)	
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 OCURRENCIA:	
				11/06/2021	
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: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>					
<p>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?</p>					
<p>La ciudadana Isabel Celina Huerta Briceño identificada con DNI N° 70232710 , responsable de OMAPED de la municipalidad provincial de Puerto Inca, manifestó que, el 26 de octubre del 2020, mediante oficio N° 406-2020-MPPI/ALC, la municipalidad provincial de Puerto Inca presentó de manera virtual al programa Contigo el expediente del ciudadano Jesús Michael Palacios Bustamante con DNI N° 47567827 con la finalidad de solicitar su afiliación, sin embargo, hasta la fecha no ha recibido respuesta alguna sobre la situación de dicho ciudadano. Además, manifiesta que el ciudadano cumple con todos los requisitos que el programa exige para la afiliación.</p>					
23. TIPO DE ATENCION:				24. TOTAL FOLIOS	
Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()				1	
25. Dctos ADJUNTOS:					
Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI (X) DJ () Otros ()					
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, 23 de octubre del 2020

OFICIO N°406 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 de edad que no pueden expresar su voluntad del 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 04 usuarios en 23 folios, la cual se detalla a continuación:

N	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS DEL USUARIO	DNI	FOLIOS
1	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Eva Romero Julcarima	00127288	Del 1 al 5
2	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Zenaida Olga Crisóstomo Cabrera de Paredes	23151848	Del 1 al 6
3	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Felix Santos Ordoñez	04349690	Del 1 al 6
4	HUANUCO	PUERTO INCA	PUERTO INCA	Jesus Michael Palacios Bustamante.	47567827	Del 1 al 6

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

Atentamente,



Municipalidad Provincial Puerto Inca

ING. OLIVER RIVERA BATHOMAN
Alcalde



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: 23-10-2020

PROCEDIMIENTO DE: [X] AFILIACIÓN [] AUTORIZACIÓN DE COBRO [] RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 77928877 1.2 DEPARTAMENTO: HUANUCO

1.3 PROVINCIA: PUERTO INCA 1.4 DISTRITO: PUERTO INCA

1.5 DIRECCIÓN: AV. JUPAC AOTAWU SIV. 1.6 REFERENCIA: LAS LOZAS

1.7 APELLIDO PATERNO: PALACIOS

1.8 APELLIDO MATERNO: BUSTAMANTE

1.9 NOMBRES: JESUS MICHAEL

1.10 CORREO ELECTRÓNICO: - 1.11 TELÉFONO: 982395482 (CELULAR)

- Expro 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.

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? [X] SI [] NO

[Signature]

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) [] PADRE(2) OTRO(3) especificar

2.3 APELLIDO PATERNO: []

2.4 APELLIDO MATERNO: []

2.5 NOMBRES: []

2.6 CORREO ELECTRÓNICO: [] 2.7 TELÉFONO: []

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 integramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).
3. Expro 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 via 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



Informe de la Consulta

CUI: 47567827 - 9
Apellido Paterno: PALACIOS
Apellido Materno: BUSTAMANTE
Nombres: JESUS MICHAEL
Sexo: MASCULINO
Fecha de Nacimiento: 31/08/1992
Departamento de Nacimiento: HUANUCO
Provincia de Nacimiento: PUERTO INCA
Distrito de Nacimiento: PUERTO INCA
Grado de Instrucción: SECUNDARIA COMPLETA
Estado Civil: SOLTERO
Estatura: 1.58MT.
Fecha de Inscripción: 04/01/2010
Nombre del Padre: PALACIOS GARCES WILIAN
Nombre de la Madre: BUSTAMANTE NAVARRO NORMA LUZ

Fecha de Emisión: 07/12/2019
Restricción: NINGUNA
Departamento de Domicilio: HUANUCO
Provincia de Domicilio: PUERTO INCA
Distrito de Domicilio: PUERTO INCA
Dirección: JUNTA VECINAL LA VICTORIA MZ. 15 LT. 11

Fecha de Caducidad: 07/12/2027
Fecha de Fallecimiento:
Glosa Informativa:
Observación:

Foto del Ciudadano



Firma del Ciudadano

Huella Izquierda



Huella Derecha



Información de Consulta:

Usuario: 01200376-ESTEVAN SENON BARRA VILCA
Fecha de Transacción: 20210614074054
Entidad: 20545565359-MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL
Número de Transacción: 696456115
Verificación de Consulta:

Puede verificar la información en línea:
<https://cel.reniec.gob.pe/celconsulta/c?nuc=NjA5NzA4NzM=&ndu=MDEyMDAzNzY>
=

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES:RONALD JESUS APELLIDOS:PALACIOS BUSTAMANTE FECHA DE NACIMIENTO: 19-OCT-12 SEXO:HOMBRI


1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 8144455
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 77928877
 APELLIDO PATERNO: PALACIOS
 APELLIDO MATERNO: BUSTAMANTE
 NOMBRES: RONALD JESUS
 SEXO: MASCULINO
 FECHA DE NACIMIENTO: 19/10/2012
 HOGAR ESTADO: VIGENTE
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 15/11/2017

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: HUANUCO
 PROVINCIA: PUERTO INCA
 DISTRITO: PUERTO INCA
 UBIGEO: 100901
 CENTRO POBLADO: PUERTO INCA
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
 DIRECCION: AV. TUPAC AMARU NRO. PUERTA SN PISO.01
 REFERENCIA DE DOMICILIO: LAS LOMAS
 TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 28/11/2017
 FECHA VIGENCIA FINAL: 28/11/2021
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
 CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE (2)
 AREA: URBANO
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 13888703

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	23158895	BUSTAMANTE	NAVARRO		NORMA LUZ	FEMENINO	22-APR-71
2	47567827	PALACIOS	BUSTAMANTE		JESUS MICHAEL	MASCULINO	31-AUG-92
3	77928877	PALACIOS	BUSTAMANTE		RONALD JESUS	MASCULINO	19-OCT-12

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



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00095193
Establecimiento de Salud
00000907 - PUERTO INCA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Palacios, Bustamante, Jesus Michael

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjería
Masculino	25	6	47567827	47567827	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
AMPUTACION TRAUMATICA DE MIEMBRO INFERIOR, NIVEL NO ESPECIFICADO	T136	ENFERMEDAD VASCULAR PERIFERICA, NO ESPECIFICADA	I739

IV. DISCAPACIDAD			
De La Conducta	0	0	Sin limitación
De La Comunicación	0	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	4	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	1	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	1	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD			
Sin Discapacidad	0	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2-3	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	* 4-6	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	
<input checked="" type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente	<input checked="" type="checkbox"/> Para marcha y transporte
<input checked="" type="checkbox"/> Otros productos de apoyo	<input type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización
Personales	
<input type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, cocinar y comer	<input type="checkbox"/> Dependencia de otra persona
<input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos	
No requiere	
<input type="checkbox"/> No requiere	

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- %	¿Es diferido?: Sí
-----	-------------------

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de **18 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN		HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO	
AV.LA MARINA S/N-PUERTO INCA Huánuco - Puerto Inca - Puerto Inca		2 de Marzo de 2018 	
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA		N° CMP	N° RNE
GUZMAN ACOSTA, JEAN-LEX OLIVER		62835	
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	
 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO DIRECCIÓN DE SALUD HUÁNUCO RED DE SALUD PUERTO INCA JEAN-LEX O. GUZMÁN ACOSTA MÉDICO CIRUJANO CMP: 062835	 GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO DIRECCIÓN DE SALUD HUÁNUCO RED DE SALUD PUERTO INCA JEAN-LEX O. GUZMÁN ACOSTA MÉDICO CIRUJANO CMP: 062835	 MINISTERIO DE SALUD JEFATURA MACRORED PUERTO INCA Ddo. Liz Guzmán CEP: 31990	
¿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



roberto itsel trujillo sima <itsel.trujillo.89@gmail.com>

adjunto Oficio N° 406-2020-MPPI/ALC. de fecha 23 de octubre del 2020

3 mensajes

roberto itsel trujillo sima <itsel.trujillo.89@gmail.com>
Para: Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>

26 de octubre de 2020, 12:45

BUENAS TARDES MI ESTIMADA ENVIÓ CUATRO EXPEDIENTES DE AFILIACION
CEL 962919885

 **oficio N° 406 - 2020.pdf**
3856K

Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>
Para: roberto itsel trujillo sima <itsel.trujillo.89@gmail.com>

26 de octubre de 2020, 14:29

Buenas tardes estimado (a)

Se informa que el Oficio N° 0406-2020-MPPI/ALC, fue registrado en el SGD con el N° Exp. 2020-9001 y derivado al área correspondiente.

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

Atención al Usuario (01) 6449006 anexos 1000 ó 1001

Saludos cordiales

Mesa de Partes
Programa CONTIGO

De: roberto itsel trujillo sima <itsel.trujillo.89@gmail.com>

Enviado: lunes, 26 de octubre de 2020 12:45

Para: Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>

Asunto: adjunto Oficio N° 406-2020-MPPI/ALC. de fecha 23 de octubre del 2020

[El texto citado está oculto]

Mesa de Partes CONTIGO <mesadepartes@contigo.gob.pe>
Para: roberto itsel trujillo sima <itsel.trujillo.89@gmail.com>

26 de octubre de 2020, 14:30

Buenas tardes estimado (a)

Recordamos, la manera correcta de enviar los documentos a nuestra Mesa de Partes:

Oficio correspondiente firmado por el representante de su Institución.

Todos los documentos tienen que ser enviado en un solo archivo PDF, NO en varios.

Todos los documentos tienen que ser debidamente enumerados (Se debe escribir el número en la esquina superior derecha de la cara del documento).

Asimismo comunicamos que puede adjuntar documentos hasta 20 MB.

Saludos cordiales

Anexo N° 04: Captura de pantalla de la plataforma del programa social

