

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

Surquillo, 09 de agosto de 2021

OFICIO N° 095-2021-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

Directora Ejecutiva

Programa CONTIGO

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

De mi mayor consideración:

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

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

- CASO N° 151-2021-CTVC/LIC

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

P.



STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Telf. de Lima y Callao: 994432613

Telf. Nacional: 984056206

CASO

N° 151-2021-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	04/08/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	OSCCO ABARCA LILIAN LUISA	3. NÚMERO-DNI:	23961982
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	04/08/2021
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	LIMA
9. DISTRITO:	SAN JUAN DE MIRAFLORES	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JR. JULIO BELLIDO 1095
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	09250071-POTENCIAL USUARIO
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 vigilancia a los procesos del Programa Contigo, recibimos la comunicación de los vecinos del distrito de San Juan de Miraflores, dando a conocer el caso de una potencial usuaria, con la cual tomamos contacto telefónico, evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION/DESAFILIACION.** Se identificó a la ciudadana, María Eusebia Boza Quintana con DNI 09250071, celular 992261636 adulta mayor de 67 años de edad, quien reside en el distrito de San Juan de Miraflores. Ella sufre de parálisis de medio cuerpo, producto de un infarto cerebral sufrido hace varios años, su condición es de discapacidad severa (Ver Anexo 3) y su hogar se encuentra en situación de pobreza extrema. La ciudadana en mención no se encuentra incorporada al programa CONTIGO, pese a que cuenta con todos los requisitos exigidos y refiere que solicitó su afiliación en el año 2017, ella habría acudido a la oficina de OMAPED de su distrito para solicitar esta inscripción y en varias oportunidades se ha acercado para conocer la situación de su solicitud sin obtener respuesta alguna. Ella menciona que debido la pandemia la oficina de OMAPED del distrito de San Juan de Miraflores no habría atendido durante un año, por lo cual recién en marzo de este año se apersonó para saber la situación de su trámite, a lo cual la persona responsable de la OMAPED le indicó que su certificado de discapacidad ya había vencido y se requería una nueva certificación. En abril logró obtener dicho certificado, con lo cual realizó nuevamente el trámite de solicitud, sin embargo, hasta la fecha no obtiene resultados de esta gestión realizada. Adicionalmente, la Sra. Boza, menciona que le es difícil movilizarse, ella tiene diagnóstico de cáncer a la mama, y actualmente estaría recibiendo quimioterapia en el hospital María Auxiliadora de Villa María del Triunfo, luego de un año de espera por la situación de la emergencia sanitaria en la que no habría podido atender su salud esta situación agrava su condición de vulnerabilidad. (Ver Anexo 4)

Según lo descrito, se estaría contraviniendo la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 049-2019-MIDIS/PNPDSDE modificada con Resolución de Dirección Ejecutiva N° 80-2020-MIDIS/PNPDS-DE y N° 38-2021-MIDIS/PNPDS-DE, en el que se aprueba la Directiva No 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE denominada "Afiliación, elaboración de padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva", el numeral 6.2.1 de la Directiva No 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE. Finalmente, la Ley N° 29158 en su artículo N° 02 establece en el numeral 9 Celeridad "la gestión debe asegurar que todo procedimiento cumpla

su trámite regular dentro de los plazos establecidos, evitando actuaciones que dificulten su desenvolvimiento, bajo responsabilidad.”

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Afiliación de Usuarios y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional de la Entrega no Contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza extrema - CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Priorizar la afiliación de potenciales usuarios en situación crítica de vulnerabilidad, dándole celeridad a los trámites administrativos que correspondan.
- Brindar información clara y pronta a los potenciales usuarios a fin de no generar problemas de corte emocional en la espera de una respuesta a su situación.
- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 10)

1. Copia Ficha de Atención N° 041-2021-LIC-D (01 folio)
2. Anexos fotográficos (9 folios)

P.



STALIN J. PORTAL CABANILLAS

Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		FICHA N° 041-2021-LIC-P	
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 SOCIAL: JUNTOS () QALI WARMA () PENSION 65 () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS ()				2. FECHA DE REGISTRO	04/08/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		BOZA QUINTANA MARÍA EUSEBIA		4. Documento - DNI	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (X)		8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:		-----		10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telef. Institucional:	
13. Departamento:		LIMA		14. Provincia:	
15. Distrito:		SAN JUAN DE MIRAFLORES		16. CCPP/Dirección:	
				17. FECHA OCURRENCIA:	04/08/2021
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:					
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		LIMA		19. Provincia:	
20. Distrito:		SAN JUAN DE MIRAFLORES		21. CCPP/Dirección:	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>					
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, MARÍA EUSEBIA BOZA QUINTANA CON DNI 09250071, CELULAR 992261636 ADULTA MAYOR DE 67 AÑOS DE EDAD, QUIEN RESIDE EN EL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES, QUIEN TIENE DISCAPACIDAD SEVERA DEBIDO A UNA PARÁLISIS DE MEDIO CUERPO PRODUCTO DE UN INFARTO CEREBRAL; Y SU HOGAR SE ENCUENTRA EN SITUACIÓN DE POBREZA EXTREMA. LA CIUDADANA EN MENCIÓN NO SE ENCUENTRA INCORPORADA AL PROGRAMA CONTIGO, PESE A QUE CUENTA CON TODOS LOS REQUISITOS EXIGIDOS Y REFIERE QUE, QUE SOLICITÓ SU AFILIACIÓN EN EL AÑO 2017, ELLA HABRÍA ACUDIDO A LA OFICINA DE OMAPED DE SU DISTRITO PARA SOLICITAR ESTA INSCRIPCIÓN Y EN VARIAS OPORTUNIDADES SE HA ACERCADO PARA CONOCER LA SITUACIÓN DE SU SOLICITUD SIN OBTENER RESPUESTA ALGUNA. ELLA MENCIONA QUE DEBIDO LA PANDEMIA LA OFICINA DE OMAPED DEL DISTRITO DE SAN JUAN DE MIRAFLORES NO HABRÍA ATENDIDO DURANTE UN AÑO, POR LO CUAL RECIÉN EN MARZO DE ESTE AÑO SE APERSONÓ PARA SABER LA SITUACIÓN DE SU SOLICITUD, A LO CUAL LA PERSONA RESPONSABLE DE LA OMAPED LE INDICÓ QUE SU CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD YA HABÍA VENCIDO Y SE REQUERÍA UNA NUEVA CERTIFICACIÓN. EN ABRIL LOGRÓ OBTENER DICHO CERTIFICADO, CON LO CUAL REALIZÓ NUEVAMENTE EL TRÁMITE DE SOLICITUD, SIN EMBARGO, HASTA LA FECHA NO TIENEN NINGUNA NOVEDAD.					
ADICIONALMENTE, LA SRA. BOZA, MENCIONA QUE LE ES DIFÍCIL MOVILIZARSE, ELLA TIENE DIAGNÓSTICO DE CÁNCER A LA MAMA, EN 2018 LE EXTIRPARON UNA MAMA, Y LE HAN DETECTADO NUEVAMENTE UN TUMOR MALIGNO, POR LO QUE ACTUALMENTE ESTARÍA RECIBIENDO QUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA DE VILLA MARÍA DEL TRIUNFO, LUEGO DE UN AÑO DE ESPERA POR LA SITUACIÓN DE LA EMERGENCIA SANITARIA EN LA QUE NO HABRÍA PODIDO ATENDER SU SALUD ESTA SITUACIÓN AGRAVA SU CONDICIÓN DE VULNERABILIDAD POR LA DISCAPACIDAD QUE SUFRE.					
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS	10
25. Dctos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (X) DJ () Otros (X)			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) O INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
			NO ES POSIBLE FIRMAR FIRMA		
NOMBRES y APELLIDOS: LILIAN LUISA OSCCO ABARCA DNI: 23961982 CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO			NOMBRES y APELLIDOS: MARÍA EUSEBIA BOZA QUINTANA DNI: 09250071 CARGO: CIUDADANO/POTENCIAL USUARIO		

ANEXO 2 FOTOGRAFIA DEL DNI DE LA POTENCIAL USUARIA



ANEXO 3. CARNET DEL CONADIS DE LA POTENCIAL USUARIA

 **República del Perú**
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad **03966-2018**



Apellidos:
BOZA QUINTANA
Nombres:
MARIA EUSEBIA
DNI: **09250071**
Discapacidad (CIDDM-OMS):
**Comunicación, Cuidado personal, Locomoción,
Disposición corporal, Destreza**
Diagnóstico (CIE 10):
G81.1, R47.1

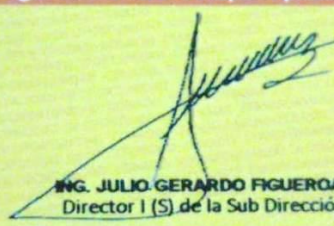
ORIGINAL

CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad
RESOLUCIÓN: 03966-2018

**El titular de este carné se encuentra autorizado a usar
gratuitamente el transporte público (Ley 30412)**

Inscripción:
21/02/2018
Emisión:
21/02/2018
Caducidad:
21/02/2028


ING. JULIO GERARDO FIGUEROA HERNANDEZ
Director I (S) de la Sub Dirección de Registro

El presente carnet, es personal e intransferible.
Informes Av. Arequipa N° 375 Santa Beatriz - Lima 1




ANEXO 4 CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA

Certificado de Discapacidad: 00290537



PERÚ **Ministerio de Salud**

Certificado de Discapacidad
 Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00290537

Establecimiento de Salud: 00005987 - HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Boza, Quintana, Maria Eusebia

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjera
Femenino	67	9	0990051	08250071	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Hemiplejía espástica	CIE G811
Disartria y anartria	R471

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Infarto cerebral, no especificado	CIE I639
Tumor maligno de la mama, parte no especificada	C509

IV. DISCAPACIDAD

	0	1	2	3	4	5	6
De La Conducta	0	0	1	2	3	4	5
De La Comunicación	4	1	2	3	4	5	6
Del Cuidado Personal	4	1	2	3	4	5	6
De La Locomoción	4	1	2	3	4	5	6
De La Disposición Corporal	6	4	3	2	1	0	
De La Destreza	4	1	2	3	4	5	6
De Situación	4	1	2	3	4	5	6

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 o 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 o 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TECNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES

De apoyo

☒ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente	☒ Para marcha y transporte
☒ Otros productos de apoyo	☒ Para comunicación, información y señalización

Personales

☒ Para asearse, vestirse, cocinar y comer	☒ Dependencia de otra persona
☐ Para efectos estéticos o cosméticos	

No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- % ¿Es diferente? Si

14/04/2021

Certificado de Discapacidad: 00290537

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 48 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE MIGUEL IGLESIAS
N°968
Lima - Lima - San Juan de
Miraflores14 de Abril de
2021HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

BENAVIDES VIZCARRA, CARMEN ANA

N° CMP

35399

N° RNE

27762

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICAMINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

M.C. Carmen Benavides Vizcarra
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE REHABILITACION
CMP N° 35399 R.N.E. 27762FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTOMINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

M.C. Carmen Benavides Vizcarra
JEFE DEL SERVICIO DE MEDICINA DE REHABILITACION
CMP N° 35399 R.N.E. 27762FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTOMINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

M.C. SUSANA J. OSHIRO KANASHIRO
DIRECTORA GENERAL (a)
CMP 014682 RNE 005672

¿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

SOLICITO: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

SEÑOR DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

S.D.

Yo, BOZA QUINTANA MARIA FUSEBIA identificado (a) con
D.N.I. Nº 09250071 domiciliado (a) Jula Bellido
1095 ZONA D 534 ante usted con el debido respeto me

presento y digo:

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
Telefono Central 217-1818
Tramite Documentario
Anexo 3113

Que, deseando cumplir con la inscripción en el Registro Nacional de
la Persona con Discapacidad (CONADIS) y para ello es necesario la
acreditación respectiva. Y siendo mi Nº de H.C. Nº 0990051
atendido en el SERVICIO DE MEDICINA DE REHABILITACIÓN con
fecha 08-04-2021.

Por lo tanto:

Pido a usted Señor Director ordene a quien corresponda acceder a mi
solicitud por ser de justicia.

San Juan de Miraflores, 08 DE ABRIL 2021

[Firma] (Firma)

BOZA QUINTANA MARIA (Nombre y Apellido)

09250071 (D.N.I.)

992261636 (Teléfono)

20 ABR. 2021

3920

ANEXO 5. DIAGNOSTICO DE CANCER MAMARIO



INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS
"DR. EDUARDO CACERES GRAZIANI"
Av. Angamos Este #2520 - Surquillo
Teléfono : 201-6500

Fecha : 02/03/2020
Hora : 10:17:35 am
Usuario: LTORIBIO

Pag : 1 de 1

DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO

PACIENTE : 0987148 BOZA QUINTANA MARIA EUSEBIA

DPTO. MED: RADIODIAGNOSTICO

SEXO : F

CAMA :

ESTUDIO RADIOLOGICO

EDAD : 66

TIPO HC : EXTERNO

293806 TEM DE ABDOMEN COMPLETO CON CONTRASTE

EL ESTUDIO TOMOGRÁFICO MULTICORTE DE ABDOMEN TOTAL, REALIZADO SIN Y CON ADMINISTRACIÓN DE CONTRASTE POR VIA ENDOVENOSA, GRAFICADO EN VENTANA DE PARTES BLANDAS, MUESTRA:

Higado de tamaño y morfología normales, sin alteración en los contornos, se observa una formación quística, milimétrica, en el segmento V, de aspecto simple. No se observan lesiones nodulares focales ni dilatación de las vías biliares intra o extrahepáticas. Vesícula biliar parcialmente distendida sin evidencia de cálculos ni cambios inflamatorios perivesiculares. El bazo es de tamaño y morfología normales, sin alteraciones parenquimales detectables en la actualidad. Las glándulas suprarrenales son tomográficamente normales. El páncreas muestra parénquima homogéneo, sin lesiones focales ni colecciones peripancreáticas. Calcificaciones milimétricas en el cuerpo del páncreas. Ambos riñones son de ubicación, tamaño y morfología normales, sin alteraciones parenquimales. Cálculo de 2 mm en el grupo calicial inferior derecho, no asociado a signos de obstrucción. Ateromatosis cálcica de la aorta abdominal y arterias ilíacas. Vejiga parcialmente distendida, de paredes delgadas, sin lesiones intraluminales. Hernia hiatal por deslizamiento sin signos de obstrucción. El resto de los órganos del abdomen y pelvis dentro de límites normales. No se observa líquido libre en la cavidad peritoneal. Estructuras óseas sin evidencia de lesiones líticas, blásticas ni trazos de fractura. Hernia umbilical de contenido graso, sin evidencia de protrusión intestinal ni cambios inflamatorios asociados.

CONCLUSIÓN:

QUISTE	BILIAR	EN	EL	SEGMENTO	V	HEPÁTICO.
NEFROLITIASIS	DERECHA	SIN	SIGNOS	DE	HIDRONEFROSIS.	
HERNIA HIATAL POR DESLIZAMIENTO	CALCIFICACIONES RESIDUALES	EN EL CUERPO DEL PÁNCREAS.				
HERNIA UMBILICAL DE CONTENIDO GRASO	SIN SIGNOS DE COMPLICACIÓN AGUDA.	ATEROMATOSIS				
CÁLCICA	RETROPERITONEAL	SEGÚN	DESCRIPCIÓN.			
RESTO	DEL	ESTUDIO	SIN	PARTICULARIDADES.		

Informado por: LOPEZ B.J.C.

R. 07/02/2020 - 12:56

Transcrito por:

I. 27/02/2020 - 20:55

Supervisado por: RODRIGUEZ L.J.E

CMP (020427)

T.

Validado por: RODRIGUEZ LIRA JOSE EMILIO

CMP (020427)

V. 27/02/2020 - 20:55

IMPRESO POR RAYOS X (LATORIBIO)

5



DEPARTAMENTO DE RADIODIAGNOSTICO

PACIENTE : 0987148 BOZA QUINTANA MARIA EUSEBIA

DPTO. MED: RADIODIAGNOSTICO

SEXO : F

CAMA :

ESTUDIO RADIOLOGICO

EDAD : 66

TIPO HC : EXTERNO

293601 TEM DE TORAX CON CONTRASTE

INFORMACIÓN	CLÍNICA:	NM	DE	MAMA	II-B
Incremento de la densidad y volumen del tejido mamario izquierdo, probablemente residual, se sugiere su estudio selectivo para mejor caracterización.					
Resto de las partes blandas de región torácica sin alteraciones significativas.					
Formaciones quísticas, de contenido aéreo, paredes delgadas, en el segmento apical del LSD (9 mm), subpleurales en los segmentos apicoposterior (4 mm), laterobasal derecho (4 mm), posterobasal izquierdo (4 mm) y superior del lóbulo inferior derecho (12 mm), compatibles con bullas. Atelectasias laminares en la base del LM y segmento lingular.					
Resto del parénquima pulmonar densidad conservada, sin evidencia de áreas nodulares, procesos consolidativos, derrame pleural ni colecciones intratorácicas. Hojas pleurales de caracteres conservados, sin evidencia de engrosamientos patológicos ni calcificaciones. Ateromatosis cálcica de la aorta torácica.					
Leve engrosamiento parietal del esófago en su tercio medio y superior, probablemente inflamatorio, se sugiere su estudio endoscópico selectivo.					
Glándula tiroides y resto de estructuras del mediastino de configuración conservada.					
No se observan adenopatías en la región axilar, cadenas mamarias internas ni en el mediastino. Espondilosis dorsal multinivel.					
Estructuras óseas sin evidencia de lesiones líticas, blásticas ni trazos de fractura. Incidentalmente se observa hernia hiatal por deslizamiento.					
CONCLUSIÓN:					
ASIMETRÍA DEL TEJIDO MAMARIO IZQUIERDO, PROBABLEMENTE RESIDUAL, SE SUGIERE SU ESTUDIO SELECTIVO PARA MEJOR CARACTERIZACIÓN.					
ENGROSAMIENTO DEL ESÓFAGO DE ASPECTO INFLAMATORIO, SE SUGIERE SU ESTUDIO COMPLEMENTARIO ENDOSCÓPICO.					
BULLAS QUÍSTICAS EN AMBOS CAMPOS PULMONARES, SEGÚN DESCRIPCIÓN. ATELECTASIAS BIBASALES.					
LAMINARES AÓRTICA.					
ATEROMATOSIS CÁLCICA EN LA COLUMNA DORSAL.					
CAMBIOS DEGENERATIVOS EN LA COLUMNA DORSAL.					
RESTO DEL ESTUDIO SIN PARTICULARIDADES.					

Informado por: LOPEZ B.J.C.

R. 07/02/2020 - 12:56

Transcrito por:

I. 27/02/2020 - 20:51

Supervisado por: RODRIGUEZ L.J.E.

CMP (020427)

T.

Validado por: RODRIGUEZ LIRA JOSE EMILIO

CMP (020427)

V. 27/02/2020 - 20:51

IMPRESO POR RAYOS X (LTORIBIO)

5

ANEXO 6. CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA QUE ADJUNTO A SU SOLICITUD DE AFILIACION AL PROGRAMA CONTIGO EL 2017

NTS Nº 132 - MINSA/DGSP/V.05
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD
ANEXO Nº 3

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
Aplicación de la Ley Nº 29973

Nº 117-2017

ESTABLECIMIENTO DE SALUD **HOSPITAL MARIA AUXILIADORA** HISTORIA CLINICA: **0990051**

APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
BOZA QUINTANA MARIA EUSEBIA

SEXO		EDAD		DOCUMENTO DE IDENTIDAD									
M	F	6	4	AÑOS									
—	X	0	2	MESES									
				CARNET DE EXTRANJERIA									
				DNI									
				OTRO									

I. DIAGNOSTICO DE DAÑO		CIE	II. DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO		CIE
HEMIPARESIA IZQUIERDA A PREDOMINIO			ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR, NO ESPECIFICADO		
BRAQUIAL		G 81.1			I 63.9
DISARTRIA		R 47.1			

III. DEFICIENCIAS	MAGNITUD DE LA DEFICIENCIA					
	NO HAY DEFICIENCIA	DEFICIENCIA LEVE	DEFICIENCIA MODERADA	DEFICIENCIA GRAVE	DEFICIENCIA COMPLETA	SIN INFORMACIÓN
1.- Intelectuales	X					
2.- Otras deficiencias mentales	X					
3.- Del lenguaje		X				
4.- De la audición	X					
5.- De la visión		X				
6.- Visuales y otras funciones especiales	X					
7.- Músculos esqueléticos			X			
8.- Generalizadas, sensitivas y otras			X			

TIEMPO DE DEFICIENCIA (En caso de multideficiencias indicar la que genere mayor restricción en la participación)

Años: 0 0 Meses: 0 9 NO: SI: X ¿Existe fuente de verificación? HISTORIA CLÍNICA No puede precisarse -

IV. DISCAPACIDAD						
 J. MEDINA	De la Conducta	0	0	Sin limitación		
	De la Comunicación	1	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda		
	De la cuidada personal	4	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayudas		
	De la locomoción	4	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona		
	De la disposición corporal	6	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo		
	De la destreza	4	5	La persona requiere además de una ayuda o dispositivo que le permite asistir		
De la situación	0	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal			
GRAVEDAD		SIN DISCAPACIDAD		LEVE	MODERADA	SEVERA
						X

el (los) código (s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE. Si el (los) código (s) son 2 ó 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA. Si el (los) código (s) son 5 ó 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA.

NTS N° 112 - MINSA/DGSP-V.01
NORMA TÉCNICA DE SALUD PARA LA EVALUACIÓN, CALIFICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD

V. OCUPACION HABITUAL Según clasificación de la OIT

¿Existe fuente de verificación?
COCINERA NO ☐ SI ☒

VI. POSIBILIDAD EDUCATIVA ACTUAL

- | | |
|--|---|
| 1.- Puede estudiar en centros de estudios regulares | 3.- Puede estudiar en centros educativos especiales |
| 2.- Puede estudiar sólo en centros de capacitación técnica | 4.- No puede estudiar ☒ 5.- No aplicable |

VII. POSIBILIDAD LABORAL ACTUAL

- | | |
|--|---|
| 1.- Puede trabajar en su labor habitual | 3.- No puede trabajar en su labor habitual pero si en otra |
| 2.- Puede trabajar en su labor habitual con adaptaciones | 4.- No puede trabajar ☒ 5.- No aplicable |

VIII. REQUERIMIENTO DE AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECANICAS Y PERSONALES: No requiere = 0 Requiere ayuda = 1

Para terapia y mantenimiento médico básico	☐	Para asearse, vestirse y comer	☐
Para marcha y transporte	☐	Para efectos estéticos o cosméticos	☐
Para comunicación, información y señalización	☐	Dependiente de otra persona	☐

IX. GRADO DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

☐ % ☒ Diferido

X. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

VALIDO PARA CONADIS

Este documento tiene validez de: **12 MESES**, luego del cual el interesado debe ser reevaluado.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

HUELLA DIGITAL DE INDICE DERECHO DEL EVALUADO

CIUDAD DÍA MES AÑO

SAN JUAN DE MIRAFLORES 05 NOVIEMBRE 2017

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

Nº DE COLEGIO MEDICO

BENAVIDES VIZCARRA CARMEN ANA

35399

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 DE SALUD

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

MC. CARMEN BENAVIDES VIZCARRA
 Médico Asistente II grado

HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr. Cesar Medina Verastegui
 Director General (*)

MINISTERIO DE SALUD
 HOSPITAL MARIA AUXILIADORA

Dr. Cesar Medina Verastegui
 Director General (*)
 C.M.P. N° 12357 R.N.E. N° 4517