

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

Huánuco, 13 de febrero de 2023

**OFICIO N° 0008-2023-CTVC/HUANUCO**

Sra.

**Nancy Nérida Aucahuasi Dongo**

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 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 siguiente CASO<sup>1</sup>:

• **CASO N° 0003-2023-CTVC/HUA**

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



**JUAN JOSE PARDAVE TREJO**

Responsable Regional

<sup>1</sup>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

**Jr. 28 de julio N° 1388 – Huánuco Teléfono Celular: 942161082**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / huanuco.rrctvcperu@gmail.com Página**

**Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco: 942161082 Teléfono Nacional: 994432338		<b>CASO</b>		N° 0003-2023-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL: <b>CONTIGO</b>		1. FECHA DE REGISTRO:		08/02/2023	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>					
2. APELLIDOS NOMBRES: <b>VALVERDE SOTELO ELENA</b>		3. NÚMERO-DNI:		22746676	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN: <b>COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE SANTO DOMINGO DE ANDA</b>		5. CARGO:		VICE PRESIDENTE	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>				6. FECHA DE OCURRENCIA: <b>08/02/2023</b>	
7. DEPARTAMENTO: <b>HUANUCO</b>		8. PROVINCIA: <b>LEONCIO PRADO</b>			
9. DISTRITO: <b>SANTO DOMINGO DE ANDA</b>		10. CCPP/DIRECCIÓN: <b>ANGASYACU</b>			
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: <b>GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA</b>		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?		73303410-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: <b>01</b>		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:		01 Punto Crítico	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>					

El 08/02/2023, la ciudadana Elena Valverde Sotelo, Vice presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Santo Domingo de Anda, mediante llamada telefónica, me informó sobre la situación de un ciudadano, registrándose la información en la Ficha de Atención A-0003-2023-HUA-D, donde se identificó el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).**- El Comité Local identificó al ciudadano **Aróstica Sabino Yord Nilton** con DNI **73303410**, del centro poblado de Angasyacu que pertenece al distrito de Santo Domingo de Anda. El ciudadano en mención cuenta con certificado de discapacidad severa, en el cual se diagnostica Síndrome de Down, retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo que requiere atención o tratamiento; además que ha sido víctima de violencia política del país. (Angasyacu es un Centro Poblado que fue golpeado por la violencia política y ha sido expuesta por el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación).

En enero del 2021, con la ayuda de un familiar, la persona ha presentado su solicitud de afiliación al programa CONTIGO ante la Oficina de OMAPED de la Municipalidad Distrital de Santo Domingo de Anda y desde esa fecha no logra obtener respuesta alguna. Permanentemente se acercan a la Oficina de OMAPED para obtener información sobre la situación del trámite presentado, sin obtener respuesta alguna. Esta situación le preocupa por que ya son 02 años que ya presento su solicitud de afiliación.

Al revisar en la página web del programa, se visualiza que el ciudadano está en la lista de espera. (**Ficha de Atención**).

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda al Programa Social CONTIGO se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE** que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE sobre "Gestión de la Afiliación a la Pensión no Contributiva".
2. Se recomienda que el Programa Social CONTIGO se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 088-2021-MIDIS/PNPDS-DE**, que aprueba el Manual de Gestión de procesos y procedimientos: M1. Gestión de la Afiliación, Autorización de Cobro y Transferencia Monetaria que contiene quince (15) procesos correspondientes al proceso misional del Programa CONTIGO.

3. Se recomienda que el Programa Social CONTIGO se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 0012-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, que aprueba el Manual N° 01-2022-MIDIS/PNPDS-DE denominado "Manual para la priorización de la población objetivo a ser afiliada al Programa CONTIGO".
4. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la mencionada alerta.

**V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (03))**

1. Anexo N° 01: Ficha de Atención A-0003-2023-HUA-D **(01 folio)**.
2. Anexo N° 02: Fotocopia de DNI del ciudadano Aróstica Sabino Yord Nilton. **(01 folio)**.
3. Anexo N° 03: Fotografía del Certificado de discapacidad severa del ciudadano Aróstica Sabino Yord Nilton. **(01 folio)**.

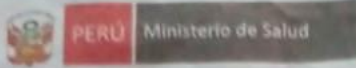
  
\_\_\_\_\_  
**Sherli K. Salomé Arzapalo**  
Responsable de Campo.

**Anexo 01:  
Ficha de Atención A-0003-2023-HUA-D**

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCION</b>		FICHA A-0003-2023-HUA-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 CANALIZACION DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO.					
1. PROGRAMA por X:	JUNTOS ( ) QALI WARMA ( ) PENSION 65 ( ) CUNA MAS ( ) FONCODES ( ) ) <b>CONTIGO ( X )</b> PAIS ( ) SISFOH ( )			2. FECHA DE REGISTRO	8/02/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE:</b> De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:	VALVERDE SOTELO ELENA		4. Documento - DNI	22746676	
5. Sexo (Género):	FEMENINO		6. Fecha-Nacimiento:	18/08/1971	
7. Es Usuario(a)?:	SI ( )	Fecha Afiliación ___/___/___	NO ( X )	8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:			10. Telef. Personal:		
11. Institucion/Cargo:			12. Telef. Institucional:	942154740	
13. Departamento:	HUANUCO		14. Provincia:	LEONCIO PRADO	
15. Distrito:	SANTA DOMINGO DE ANDA		16. CCPP/Dirección:	ANDA	
<b>II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:</b>			17. FECHA OCURRENCIA:	8/02/2023	
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:</b>					
18. Departamento:	HUANUCO		19. Provincia:	LEONCIO PRADO	
20. Distrito:	SANTA DOMINGO DE ANDA		21. CCPP/Dirección:	ANDA	
<b>B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO:</b> <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?					
<p>El 08/02/2023, la ciudadana Elena Valverde Sotelo, Vice presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Santo Domingo de Anda, mediante llamada telefónica, identificó ciudadano Aróstica Sabino Yord Nilton con DNI 73303410, del centro poblado de Angasyacu que pertenece al distrito de Santo Domingo de Anda. Es un ciudadano que cuenta con su certificado de discapacidad severa en el cual se diagnostica que es un ciudadano con Síndrome de Down, tiene retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo que requiere atención o tratamiento; además que ha sido víctima de violencia política del país. (Angasyacu es un Centro Poblado que fue golpeado por la violencia política y ha sido expuesta por el informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación).</p> <p>El ciudadano viene presentando su solicitud de afiliación ya desde el 2021, sin embargo, no logra obtener respuesta alguna. Además con ayuda de un familiar, el año pasado se ha acercado muchas veces a la municipalidad distrital (oficina de OMAPED) para solicitar información de la situación de sus documentos, sin obtener respuesta alguna sobre la situación de su solicitud de afiliación.</p>					
23. TIPO DE ATENCION:	Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( x ) Queja ( ) Denuncia ( )			24. TOTAL FOLIOS	2
25. Dctos ADJUNTOS:	Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) 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: ELENA VALVERDE SOTELO			NOMBRES y APELLIDOS:		
DNI: 22746676 CARGO: VICE PRESIDENTE DEL CLTV			DNI: CARGO:		



**Anexo 03:**  
**Fotografía del Certificado de discapacidad severa del ciudadano Aróstica Sabino Yord Nilton.**

		<b>Certificado de Discapacidad</b> <small>Aplicación de la ley N° 29973</small>	
Establecimiento de Salud		Nro. 00324347 00000953 - ANUSA	
<b>I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES</b> Aróstica, Sabino, Yord Nilton			
<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>	<b>N° I.C.</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>
Masculino	Años      Meses 23      10	73303410	DN/IE 73303410
<b>UBIDEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)</b>		<b>DIRECCION RENIEC</b>	
<b>UBIDEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)</b>		<b>DIRECCION ACTUAL</b>	
Huancayo / Leoncio Prado / Santo Domingo de Andía		CASERIO DE ANGASHYACU	
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?		SI	
<b>II. DIAGNOSTICO DE DAÑO</b>			<b>CIE</b>
Síndrome de Down, no especificado			Q800
Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento			F711
<b>III. DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO</b>			<b>CIE</b>
Trisomía 21, por translocación			Q802
<b>IV. DISCAPACIDAD</b>			
De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	4	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	2	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	5	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	3	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 aun con asistencia personal
<b>V. GRAVEDAD</b>			
Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene <b>discapacidad leve</b>	
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>	
Discapacidad Severa	4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene <b>discapacidad severa</b>	
<b>VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES</b>			
<b>De apoyo</b>		<input type="checkbox"/> Para marcha y transporte	
<input type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente		<input type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización	
<input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo			
<b>Personales</b>		<input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona	
<input type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, cocinar y comer			
<input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos			
<b>No requiere</b>			
<input type="checkbox"/> No requiere			