

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

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”**

Cajamarca, 13 de abril de 2023.

OFICIO N° 0042-2023-CTVC/CAJAMARCA

Señora.

NANCY NÉRIDA AUCAHUASI DONGO

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a las 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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0007-2023-CTVC/CAJ

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

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

Atentamente;



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

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cajamarca.rrectvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA: 942160511		CASO	N° 0007-2023-CTVC/CAJ	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	24/03/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	HERNÁNDEZ VILLANUEVA LILIANA MARITZA		3. NÚMERO-DNI:	71888923
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - SEDE CAJAMARCA		5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	24/03/2023
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	SAN IGNACIO	
9. DISTRITO:	LA COIPA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PACAYPITE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	27733159-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

El día 24/03/2023, el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana registró la Ficha de Atención A-019-2023-CAJ-D (Ver Anexo 1), registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACIÓN / DESAFILIACIÓN / REINCORPORACIÓN.** La Sra. Mariza Alvarado Mejía identificada con DNI N° 27733159, tiene 51 años de edad, sufre de una discapacidad severa (Ver Anexo 2) y se encuentra en condición de pobreza según su clasificación socioeconómica con vigencia del 20/11/2019 al 20/11/2025.

La ciudadana manifiesta que en agosto del 2022 acudió a la oficina de la OMAPED de la municipalidad de su distrito para solicitar su afiliación al programa Contigo, pero hasta la fecha no ha tenido ninguna respuesta. Y en la municipalidad no le han dado información, la ciudadana vive a tres horas de la zona urbana de su distrito y debido a su discapacidad no puede movilizarse muy seguido. Por tal motivo, solicita su afiliación al programa ya que cumple con los requisitos para ser usuaria.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:


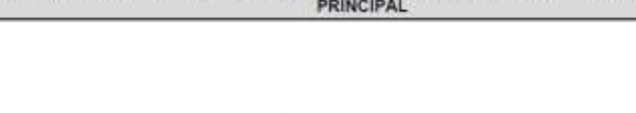
- El Programa CONTIGO debe garantizar el cumplimiento R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada "Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva" y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio,
- 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: 09)

- 1.- Ficha de Atención A-019-2023-CAJ-D (01 folio)
- 2.- Certificado de discapacidad (02 folios)




ANEXO 01

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-019-2023-CAJ-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 CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-				
1.PROGRAMA:	JUNTOS () PENSION 65 () QALI WARMA () CUNA MAS () FONCODES() CONTIGO (X) SISFOH ()	2.FECHA de REGISTRO: 24/03/2023		
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)				
3. Apellidos Nombres:	ALVARADO MEJIA MARIZA	4. Documento-DNI:	27733159	
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:	22/05/1972	
7. Es Usuario(a)?:	SI() Fecha Afiliación: NO (X)	8. Tiempo Residencia:	() MESES	
9. Correo Electrónico:	mariza.alvarado@omaped.com	10. Telef. Personal:	994544109	
11. Institución/Cargo:	POTENCIAL USUARIO	12. Telf. Institucional:	994544109	
13. Departamento:	CAJAMARCA	14. Provincia:	SAN IGNACIO	
15. Distrito:	LA COIPA	16. CCPP/Dirección:	PACAYPITE	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 24/03/2023
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:				
18. Departamento:	CAJAMARCA	19. Provincia:	SAN IGNACIO	
20. Distrito:	LA COIPA	21. CCPP/Dirección:	PACAYPITE	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:				
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				
22 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?				
La Sra. Mariza Alvarado Mejía identificada con DNI N° 27733159, tiene 51 años de edad, sufre de una discapacidad severa y se encuentra en condición de pobreza según su clasificación socioeconómica.				
La ciudadana manifiesta que en agosto del 2022 acudió a la oficina de la OMAPED de la municipalidad de su distrito para solicitar su afiliación al programa Contigo, pero hasta la fecha no ha tenido ninguna respuesta. Y en la municipalidad no le han dado información, la ciudadana vive a tres horas de la zona urbana de sus distrito y debido a su discapacidad no puede movilizarse muy seguido. Por tal motivo, solicita su afiliación al programa ya que cumple con los requisitos para ser usuaria.				
23.TIPO DE ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()			
25.Dctos. ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros (X)			
26.OBSERVACIONES				
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)		NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES APELLIDOS: Lilliana Maritza Hernández Villanueva DNI: 71888923 CARGO: Responsable Regional		 NOMBRES APELLIDOS: Mariza Alvarado Mejía DNI: 27733159 CARGO: Potencial usuario		

ANEXO 02

Certificado de Discapacidad: 00432005

309022_07-17



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00432005
00004288 - LA COIPA

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
ALVARADO MEJIA, MARIZA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS NACIMIENTO	ETNIA
Femenino	Años	Meses	27733159	DNI/LE 27733159	PERU	Mestizo
	50	3				

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROVIDIS) **DIRECCION RENIEC**
Cajamarca / San Ignacio / La Colpa Lima

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROVIDIS) **DIRECCION ACTUAL**
Cajamarca / San Ignacio / La Colpa C. POBLADO PACAYPITE.

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte	R262	Deformidad en varo, no clasificada en otra parte	M211

IV. DISCAPACIDAD

Actividad	Código	Descripción
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	2	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	3	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	2	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 aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD

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	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

Dependencia de otra persona

No requiere

No requiere

disoweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/2fbc7b22-24dc-4234-96ab-dc196b0790e0f

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

12,28 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL POR MÉDICO ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGÍA.
USO DE MULETA.

Se recomienda su reevaluación en **12 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **24 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CERCADO LA COLPA 28 de Agosto de
Cajamarca - San Ignacio - La 2022
Colpa

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MENA MEJIA, WILSER

N° CMP

78621

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICA



Dr. Wilser Mena Mejia
MÉDICO CIRUJANO
CMP. 078621

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIS, Si
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio
de Trabajo)