

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Ica, 23 de febrero de 2023.

OFICIO N° 0018-2023-CTVC/ICA

Señora:

NANCY NERIDA 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 dos (02) CASOS.

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° 0010-2023-CTVC/ICA
- CASO N° 0011-2023-CTVC/ICA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de las mismas.

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

Atentamente,



Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

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. ICA: 942159108
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0010-2022-CTVC/ICA

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	14/02/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GUERRERO GUTIERREZ LEYLA LUZ	3. NÚMERO-DNI:	42124508
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE PALPA	5. CARGO:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	14/01/2023
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA:	PALPA
9. DISTRITO:	PALPA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PALPA
11. PROCESO:	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	91016353-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia al programa Contigo, la Sra. Leyla Luz Guerrero Gutiérrez, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Palpa, ha realizado una acción de vigilancia, reportada en Ficha de Atención A-003-2023-ICA-D, en el cual se registra el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** La señora Alexandra Isabel Echajaya García, tiene una hija menor de edad de 04 años de edad de iniciales L.A.C.E. identificada con DNI N° 91016353, es una persona con discapacidad severa, quien fue un bebe prematuro, nacido con 07 meses, quien nació con hipotonía, convulsión y le dio hidrocefalia, actualmente lleva una válvula en la cabeza. La niña L.A.C.E. no camina, no se comunica y todo el tiempo está en los brazos de su mamá, razón por el cual su madre Alexandra Isabel no puede salir a trabajar por lo que no tiene ingresos económicos para cubrir sus gastos. **Ver anexo 05.** Dicha persona con discapacidad no es beneficiaria del Programa pese contar con los requisitos: a) Cuenta con un Certificado de discapacidad severa emitido por el establecimiento de salud certificadora. b) No percibe ingreso ni pensión que provenga del ámbito público o privado, tampoco cuenta con seguro de salud-EsSalud. c) Se encuentra en condición socio económico pobre, según consulta realizada al SISFOH. **Ver anexo 03.**

Solicitando se pueda verificar el caso y de corresponder realizar su afiliación al programa, en atención a sus condiciones de discapacidad y vulnerabilidad.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-003-2023-ICA-D (folio 1)
- Anexo 2: Formato PC 1000 que presentó al programa (folios 2)
- Anexo 3: Clasificación socioeconómica de POBRE (folio 1)
- Anexo 4: Copia de Certificado de Discapacidad (folios 2)
- Anexo 5: Fotografías 1 (folio 1)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

ANEXO 02:
Formato PC100, que presentó al Programa.

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) **contigo**

FORMATO PC 1000

TE: AFILIACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO REINCOPIACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

FECHA: / /

DATOS DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

TIPO DE DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 1.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 91016353

PELLIDO PATERNO CARHUAYO

PELLIDO MATERNO ECHAJAYA

NOMBRES LIA AITIANA

M F SEXO 1.7 3 EDAD 1.8 18 / 10 / 2018 FECHA DE NACIMIENTO

¿PERTENECE A UN PUEBLO/COMUNIDAD INDÍGENA? SI No ¿CUÁL? _____

¿SE COMUNICA CON ALGUNA LENGUA ORIGINARIA? SI No ¿CUÁL? _____

SEGUN SUS ANTEPASADOS Y DE ACUERDO A SUS COSTUMBRES, USTED SE CONSIDERA: (Información solicitada por el Ministerio de Cultura)

QUECHUA AYMARA NATIVO O INDÍGENA DE LA AMAZONÍA NEGRO/MORENO/ZAMBO/MULATO/AFROPERUANO

BLANCO MESTIZO OTRO NO SABE PERTENECIENTE O PARTE DE OTRO PUEBLO INDÍGENA U ORIGINARIO

MÁXIMO NIVEL DE ESTUDIOS ALCANZADO? INICIAL PRIMARIA SECUNDARIA

TÉCNICO COMPLETO TÉCNICO INCOMPLETO SUPERIOR COMPLETA SUPERIOR INCOMPLETA

ALFABETIZADO NO ESTUDIA _____ (Indique el motivo de no estudiar)

DIRECCIÓN

DEPARTAMENTO _____ PROVINCIA _____

DISTRITO _____ CENTRO POBLADO _____

TIPO DE VÍA AVENIDA JIRÓN CALLE PASAJE OTRO _____

NOMBRE DE LA VÍA _____

CANTONAMIENTO: KM _____ MZ _____ INTERIOR _____ N° DE DPTO _____ LT _____ PISO _____

TIPO DE ZONA AA.HH CASERÍO CONJUNTO HABITACIONAL COOPERATIVA FUNDO _____

NOMBRE DE LA ZONA _____

DIRECCIÓN DE CORREO _____

TÉLEFONO FIJO _____ 1.15 TELÉFONO CELULAR¹ 91631

TÉLEFONO ELECTRÓNICO¹ _____

¿TIENE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI No 1.18 NÚMERO DE CERTIFICADO 00433

FECHA DE EMISIÓN DEL CERTIFICADO 02/09/2022 1.20 VIGENCIA DEL CERTIFICADO _____

¿DEBE TRASLADAR SUS DATOS PARA EL REGISTRO NACIONAL DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD - RNPC DEL C/ SI No (En caso de marcar SI)

¿LA PERSONA CON DISCAPACIDAD ES MENOR DE EDAD? No (Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si marco NO pase a la pregunta 1.23)

CON DISCAPACIDAD SEVERA MANIFIESTA SU VOLUNTAD?

(Si marcó NO, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es SI, pase a la pregunta 1.24)

CON DISCAPACIDAD TIENE DIFICULTAD PARA TRASLADARSE A UNA AGENCIA DEL BANCO DE LA NACIÓN?

(Si marcó SI, complete la información del apartado II del formato, si la respuesta es NO, firme el formato en señal de conformidad)

AUTORIZADA/O. Si la persona con discapacidad es menor de edad es obligatorio el registro, opcional si se trata de un adulto que lo requiere

DOCUMENTO DNI CARNET DE EXTRANJERÍA 2.2 NÚMERO DE DOCUMENTO 71752508

TERNO ECHAJAYA

ATERNO GARCIA

ALEXANDRA Isabel

916319794

2.7 CORREO ELECTRÓNICO

CON LA/EL BENEFICIARIA/O MADRE/PADRE HERMANA/O ABUELA/O HUA/O NIETA/O TÍA/O PRIMA/O ESPOSA/O OTRO PARIENTE (Especifique)

FORME DE CONDICIÓN SOCIAL/LEGAL? SI No (Solo aplica si marcó parentesco diferente a madre/padre)

que realice tareas permanentes de apoyo y cuidado de la persona con discapacidad identificada en el presente formulario. A su vez, conozco la responsabilidad que asumo al solicitar su afiliación. Las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión no contributiva por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de que 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).

Consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud de tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a los datos personales, ya sean públicos o privados, incluyendo datos sensibles. Compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las sanciones administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, inciso 3 de la Ley N° 27444).

Si resulta ser incorporada/o al Programa CONTIGO, me comprometo a mantener actualizada la información de la/el usuaria/o y/o autorizada/o: teléfono fijo, celular, correo electrónico, clasificación socioeconómica, según corresponda, entre otros. Para la actualización de datos se deberá utilizar el Procedimiento de Actualización de Datos (FAD).

Con la presente solicitud, autorizo al Programa CONTIGO la creación de una cuenta de ahorros para hacer efectivo el depósito de la pensión no contributiva. Así como que el Programa CONTIGO establezca la modalidad de pago de la pensión. Asimismo, declaro que la firma de este documento inicia el trámite ante el Programa CONTIGO y que la incorporación de usuarias/os al Programa se realiza de acuerdo al Procedimiento de Priorización vigente y a la disponibilidad presupuestal.

La persona con discapacidad y/o autorizada/o suscribe y/o coloca su huella digital en señal de conformidad.

PERSONA CON DISCAPACIDAD
NOMBRES Y APELLIDOS CARIMAYO ECHAJAYA
DNI 16353
CELULAR 916353



FIRMA
AUTORIZADO
NOMBRES Y APELLIDOS ECHAJAYA GARCIA
DNI 71752508
CELULAR 916319794



Este documento debe ser llenado por el responsable de OMAPED en caso sea quien realizó el llenado del formato por el solicitante

FIRMA

utilizada para realizar las notificaciones que correspondan.

** Declaro bajo juramento que la información consignada es verdadera**

ANEXO 03:
Consulta en línea sobre la CSE de "Pobre" de niña **L.A.C.E.**


1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 12320212
 CODIGO DE CLASIFICACION: 28038382
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 91016353
 APELLIDO PATERNO: CARHUAYO
 APELLIDO MATERNO: ECHAJAYA
 APELLIDO DE CASADA:
 NOMBRES: LIA AITIANA
 SEXO: FEMENINO
 FECHA DE NACIMIENTO: 18/10/2018
 HOGAR ESTADO: HOGAR SIN RESTRICCION
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 13/10/2021
 FUENTE: ULF
 UBICACIÓN GEOGRAFICA :




2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
 PROVINCIA: PALPA
 DISTRITO: PALPA
 UBIGEO: 110401
 CENTRO POBLADO: PALPA
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
 DIRECCION: OTRO. URB 12 DE NOVIEMBRE NRO. PUERTA SN PISO.01 INTERIOR. 01 MZA. C2 LOTE.011
 REFERENCIA DE DOMICILIO: FRENTE A LA CANCHITA DE MI BARRIO
 NÚCLEO URBANO : PALPA
 TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 08/11/2021
 FECHA VIGENCIA FINAL: 08/11/2025
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
 CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: POBRE
 AREA: URBANO
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 18051206

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO. DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	GENERO	FECHA NACIMIENTO	TRAMITE PENDIENTE
1	92086224	TORRES	ECHAJAYA		JORGE LIONEL	MASCULINO	29/10/2020	
2	71752508	ECHAJAYA	GARCIA		ALEXANDRA ISABEL	FEMENINO	06/07/1995	
3	91016353	CARHUAYO	ECHAJAYA		LIA AITIANA	FEMENINO	18/10/2018	

ANEXO 04:
Certificado de Discapacidad Severa de niña L.A.C.E.

Nro.: 00433254
00003458 - DE APOYO DE PALPA

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
CARHUAYO ECHAJAYA, LIA AITANA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Femenino	Años	Meses	91016353	DNILE 91016353	PERU	Mestizo
	3	10				

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)
Ica / Ica / Ica

DIRECCION RENIEC
EL HUJARANGO S/N

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)
Ica / Palpa / Palpa

DIRECCION ACTUAL
Ubr. 12 de Noviembre Mz B2 Lte 6

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado	CIE F849	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO Otros recién nacidos pretérmino	CIE P073
		Otras convulsiones y las no especificadas	R568

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	5	0	Sin limitación
De La Comunicación	5	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	5	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	6	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	6	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

Personales

Para asearse, vestirse, cocinar y comer

No requiere

No requiere

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Dependencia de otra persona

ob.pe/certificado/ver/cc4f9c1f-12f2-43ae-bb32-2b038891d5b6/

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

El certificado tiene una vigencia de **12 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA INDEPENDENCIA S/N NÚMERO 2 de
S/N DISTRITO PALPA PROVINCIA PALPA Septiembre
DEPARTAMENTO ICA de 2022.

Ica - Palpa - Palpa

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

HUAMANCOLI TORRES, FREDDY RICARDO

N° CMP

N° RNE

28221

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

MINISTERIO DE SALUD
CLAS EMANUELLO - NASCA

Dr. Freddy Huamancoli Torres
CMP: 28221
MEDICO CERTIFICADOR
UNIDAD PRODUCTIVA DE SERVICIOS
DE MEDICINA DE REHABILITACION

Betty M. Flores Morales
Lic. Betty M. Flores Morales
PSICÓLOGA
C. Ps. P. N° 43320

GOBIERNO REGIONAL DE ICA
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD ICA
U.E. HOSPITAL DE SOPO PALPA

Adrian Leiva Martinez
Lic. ADRIAN LEIVA MARTINEZ
DIRECCIÓN EJECUTIVA

¿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

ANEXO 05
Fotografía de la madre y la niña L.A.C.E.

