

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

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

Apurímac, 17 de marzo de 2023

OFICIO N° 0020-2023-CTVC/APURIMAC

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 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 CASO¹:

- CASO N° 0016-2023-CTVC/APU

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,

.....
Guerson Yovani Paliza Pinto
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

Teléfono Abancay: 942160032 Teléfono Nacional: 951864589		CASO		N° 0016-2023-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	14/03/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:	KELLY TIRADO FLORES		3. NÚMERO-DNI:	47792760	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	14/03/2023
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	ANDAHUAYLAS		
9. DISTRITO:	PACOBAMBA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CRUZ PAMPA		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	72418758-POTENCIAL USUARIO		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico		
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de veeduría realizadas por el miembro del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).

Durante la visita domiciliaria al hogar del señor **Ronald Ivan Huarancca Puri** de 26 años de edad, con DNI N° **72418758**, se evidenció que tiene discapacidad severa (ver anexo 05), tiene condición socio económica de pobre vigente hasta 02/03/2029. El señor Ronald Iván, vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, no puede valerse por sí mismo y por ello está al cuidado de su madre, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo; asimismo el señor Ronald, menciona que desconoce sobre los procedimientos para solicitar afiliación.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar lo indicado en la **DIRECTIVA N°. 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE “GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA”** Numeral 6. **PROCESO DE GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA 6.1. DISPOSICIONES GENERALES 6.1.1.** Existen dos modalidades para la postulación al Programa CONTIGO: a) De parte: A través de la cual, la persona con discapacidad severa u otro en representación de la primera, presenta una solicitud de afiliación al Programa CONTIGO, iniciando el proceso de afiliación. b) De oficio: A través de la cual, el Programa CONTIGO, u otra entidad, identifica a la persona con discapacidad severa, y promueve que ésta inicie el proceso de afiliación. 6.1.2. Los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, se encuentran establecidos en el Artículo 59

de la Ley N° 29973, Ley de la Persona con Discapacidad y en el Artículo 8° del Decreto Supremo N° 004- 2015-MIMP, siendo éstos los siguientes: a) Contar con un certificado de discapacidad severa emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad; b) No percibir ingreso o pensión que provenga del ámbito público o privado, incluyendo las prestaciones económicas que se otorguen a través del Seguro Social de Salud - EsSALUD; c) Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.

6.2.2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER AL PROGRAMA CONTIGO La/el Especialista en Elaboración de Padrón o quien haga sus veces, empleará como código único de identificación el Documento Nacional de Identidad – DNI o el Carnet de Extranjería – CE, para verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, precisados en el numeral 6.1.2

- Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho.

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

1. Anexo 01: Ficha de atención N°016-2023-APU-J
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: fotos de DNI
4. Anexo 04: Fotografía de la situación donde vive
5. Anexo 05: Captura pantalla de certificado de discapacidad



.....
Guerson Yovani Paliza Pinto
Responsable Regional.

ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-016-2023- D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA Nº: 076-2023-AR	
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 por X:		CONTIGO (X) CUNA MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () OCU/MAJUNA () SISFOH ()		2. FECHA de REGISTRO: 14/03/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(a) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres: Hermano Puri Ronald Ivan		4. Documento-DNI: 72418738		5. Fecha de nacimiento: 25/10/1996	
6. Sexo (Género): Masculino (X) Femenino ()		7. Es Usuario(a)? SI () Fecha Afiliación: NO ()		8. Tiempo Residencia: MESES	
9. Correo Electrónico:		10. Telef. Personal:		11. Telef. Institucional:	
12. Institución/Cargo:		13. Provincia: Andahuaylas		14. CCPP/Dirección: Cruz Pampa	
15. Distrito: Pucallanca		16. CCPP/Dirección:		17. FECHA OCURRENCIA: 14/03/2023	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:					
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Apurimac		19. Provincia: Andahuaylas		20. Distrito: Pucallanca	
21. CCPP/Dirección:		B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:			
22. El Señor Ronald Ivan Hermano Puri con DNI 72418738 fue visitado en su hogar por la pro. quita del Comité Local de Pucallanca Kelly Triste Flores, hablando/consultando que tiene discapacidad física apto para el trabajo independiente, vive en situación de indigencia y en pobreza extrema, por lo que pide al programa Canje de afiliación de manera legal.					
23. TIPO de ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()					
24. TOTAL FOLIOS:					
25. Datos. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacim () Copia DNI () OJ () Otro ()					
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VERDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRE APELLIDO: Kelly Triste Flores DNI: 47792760 CARGO: Alcaldesa			NOMBRE APELLIDO: DNI: CARGO:		

ANEXO 02: CAPTURA DE CLASIFICACIÓN SOCIOECONÓMICA

Nº	TIPO DOC	DNI	NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO	APELLIDO DE CASADA	FECHA NACIMIENTO	EDAD	RESTRICCION
1	DNI	72438738	RONALD IVAN	HUARANCA	PURI		25/01/1996	28	SIN RESTRICCION

ANEXO 03: FOTOS DE DNI



ANEXO 4: ESTADO ACTUAL DE VIVENCIA



Anexo 05: Certificado de discapacidad

PERÚ		Ministerio de Salud		Certificado de Discapacidad	
				Aplicación de la ley N° 29973	
Establecimiento de Salud		Nro.: 00446154 00002640 - HUANCARAMA			
I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES HUARANCCA PURI RONALD IVAN					
SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS NACIMIENTO
Masculino	Años	Meses	72418758	DNILE 72418758	PERU
	25	11			Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC		
Apurimac / Andahuaylas / Pacabamba			ANEXO CRUZ PAMPA		
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL		
Apurimac / Andahuaylas / Pacabamba			COMUNIDAD CRUZPAMPA		
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No		
II. DIAGNOSTICO DE DAÑO			CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	
Otras anomalías de la marcha y de la movilidad y las no especificadas			R268	Secuelas de fractura de la columna vertebral	
			-	T911	
			-		
IV. DISCAPACIDAD					
De La Conducta	1	0 Sin limitación			
De La Comunicación	1	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	4	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona			
De La Disposición Corporal	2	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	1	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

☒ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Dependencia de otra persona

☐ No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- %

¿Es difundo?: Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

SEGUIMIENTO POR MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN

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

El certificado tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AV. BOLIVAR CDRA. 6 S/N
Apurímac - Andahuaylas -
Huancanama

14 de Octubre de
2022

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

LOPEZ ROJAS, ROGER

N° CMP

50873

N° RNE

22628

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA


M.C. Roger Lopez Rojas
CMP 50873

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO


MINISTERIO DE SALUD
APURÍMAC
HUAUCANAMA
M.C. [Signature]
[Stamp]

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO


Dra. [Signature]
[Stamp]
GERENTE

¿Deese. Un. 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)

Si