

**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, 18 de abril de 2023

**OFICIO N° 0022-2023-CTVC/APURIMAC**

Señor

**JULIO MENDIGURE FERNANDEZ**

(e) Director Ejecutivo

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 los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 0023-2023-CTVC/APU
- CASO N° 0024-2023-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

---

<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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Abancay: 942160032 Teléfono Nacional: 951864589		CASO	N° 0024-2023-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	12/04/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>				
2. APELLIDOS NOMBRES:	BAEZ VARGAS JULIAN		3. NÚMERO-DNI:	23944923
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	PRESIDENTE
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>			6. FECHA DE OCURRENCIA:	12/04/2023
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	COTABAMBAS	
9. DISTRITO:	COTABAMBAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CERCADO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	76571131-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>				

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).** Según manifestó el presidente del comite local de Cotabambas, recibió el reclamo de la señora Ernestina Castro Ibarra con DNI 07538018, manifestando que su menor hija K. M. A. C. con DNI 76571131 de 14 años de edad, padece de discapacidad severa como evidencia su certificado de discapacidad, también manifestó que presentó su pedido de afiliación en la oficina de Omaped de la municipalidad de Cotabambas aproximadamente el año 2020. Al consultar sobre el estado del trámite el responsable de Omaped, le manifestó que su hija tiene condición de potencial usuario y que espere; situación que crea malestar, porque cree que a pesar de su situación de discapacidad y vulnerabilidad siente que su hija es discriminada por el programa, vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.

### 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: 04)**

1. Anexo 01: Ficha de atención N°017-2023-APU-D
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: Copia DNI
4. Anexo 04: Copia certificado de discapacidad



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

**ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-018-2023- D**

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-018-2023- D	
<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 CAMBACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ASESORÍA.</p>					
1. PROGRAMA por X: <input checked="" type="checkbox"/> CONTIGO <input checked="" type="checkbox"/> CUNA MÁS <input type="checkbox"/> FONCODES <input type="checkbox"/> JUNTOS <input type="checkbox"/> PAS <input type="checkbox"/> PENSIONES <input type="checkbox"/> QALI WARMA <input type="checkbox"/> SISFOH <input type="checkbox"/>			2. FECHA de REGISTRO:		
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser ni(ta) mismo(a) br(a) interesado(a)					
2. Apellidos Nombres: Castro Norma Ernestina		4. Documento-DNI: 07538018			
3. Sexo (Género): <input type="checkbox"/> Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino		6. Fecha-Nacimiento: 08-03-1976			
7. Es Joven(a)? <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> FODA Atención <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		8. Tiempo Residencia: ( ) MESES			
9. Correo Electrónico: —		10. Telef. Personal: —			
11. Institución Cargo: —		12. Telef. Institucional: —			
13. Departamento: Apurimac		14. Provincia: Cotabambas			
15. Distrito: Cotabambas		16. COPP/Dirección: Cercado			
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Apurimac		19. Provincia: Cotabambas			
20. Distrito: Cotabambas		21. COPP/Dirección: Cercado			
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:					
<p>22. ¿EL HECHO OCURRIÓ CUANTOS Y QUÉ DÍAS SON LOS AFECTADOS (cuando sea más de 2 meses desde del Registro, Número, DNI, Sexo y Domicilio)? ¿FUE O SERÍA PRESENTADO A POSIBLES RESPONSABLES QUE NOTIFIARON EL CASO? ¿QUE FUE O SERÍA LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO? ¿FUE O SERÍA PRESENTADO SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA? ¿QUE NOO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p>					
<p>La Sra. Ernestina Castro Norma con DNI 07538018 manifestó que su hijo de nombre KIM-AC con DNI 7657451 de 14 años padece de discapacidad severa, solicitó ante la Omapel de la Municipalidad de Cotabambas el acceso al programa Apurimac momento el Año 2020, al conductar sobre el proceso del trámite al responsable de Omapel le manifestó que su hijo está en cola de espera como potencial beneficiario y que a pesar de su situación de discapacidad y vulnerabilidad siente que su hijo es discriminado en el programa, vive en condiciones muy precarias, pide que se agilice el programa Santiago</p>					
<p>23. TIPO DE ATENCIÓN: <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Regeneración <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Queja (X) Denuncia <input type="checkbox"/></p>					
<p>24. TIPO ALIADO: <input type="checkbox"/> Voluntario <input type="checkbox"/> Interés <input type="checkbox"/> Oficio <input type="checkbox"/> Compañero <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Partida Nacimiento <input type="checkbox"/> Copia DNI <input type="checkbox"/> ID <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/></p>					
<p>25. DESCRIPCIONES:</p>					
<p>NOMBRE Y FIRMA Y SELLO DEL USUARIO (AFECTADO DEL CASO LOCAL)</p>			<p>NOMBRE Y FIRMA Y SELLO DEL OPERADOR DEL PROGRAMA O SU REPRESENTACIÓN LOCAL</p>		
<p>Nombre y Apellido: <u>Paol Vargas Alvarado</u> Cargo: <u>Presidente</u></p>			<p>Nombre y Apellido: _____ DNI: _____ Cargo: _____</p>		
<p>FECHA Y HORA: <u>20/04/2023</u></p>					



			CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Distrito: APURIMAC      Provincia: COTABAMBA      Distrito: COTABAMBA  
 (Dirección)  
**CALLE GONZALES PRADA 5/N**  
 Observaciones: Prohibido de Organizar NO      Grupo de Votación 157103

[Fingerprint]      [Barcode]


Madre: CASTRO BARRA ERNESTINA  
 DNI/E: 0763018  
 Padre: AGUILAR CUSI JUAN ELMER  
 DNI/E: 8008177  
 Domicilio del Menor: BARRIO SANTIAGO

Distrito: COTABAMBA      Provincia: COTABAMBA      Departamento: APURIMAC  
 Observaciones: DISCAPACIDAD FISICA

[Fingerprint]      [Barcode]

# Anexo 04: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Certificado de Discapacidad 1842173



## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la Ley N° 23973

Nro.: 00435178  
0002612 - COTABAMBA

Establecimiento de Salud:

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
ACUILAN CASTRO, KARLA MELACROS

SEXO	EDAD	N° I.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAIS NACIMIENTO	ETNIA
Femenino	Años: 13 Meses: 10	78571131	DNI/E 78571131	PERU	Mestizo

**UNIDAD RENIEC (DPTO/PROVINCIA)**: DIRECCION RENIEC  
Arequiva / Cotabamba / Cotabamba / Lima

**UNIDAD ACTUAL (DPTO/PROVINCIA)**: DIRECCION ACTUAL  
Arequiva / Cotabamba / Cotabamba / COTABAMBA

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?  Si

K. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	II. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Parálisis cerebral espástica cuadruplégica	G83	Parálisis cerebral espástica cuadruplégica	G80
Hipoxia intratratina, no especificada	P208	Hipoxia intratratina, no especificada	P209

**IV. DISCAPACIDAD**

De La Conducta	4	0	Sin limitación
De La Comunicación	6	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	6	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	4	3	Requiere 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, lo cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita asistir
De Situación	4	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 órdenes 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

gub.pcr/certificado/ver?id=6375b-7c59-4a4-a3a2-24ba0567f0b6f