

# 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, 27 de abril de 2023

### OFICIO N°0026-2023-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 un (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 siguiente CASO<sup>1</sup>:

- CASO N° 0027-2023-CTVC/APU
- CASO N° 0028-2023-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

Jirón Apurímac 420 – Abancay

Celular: 942160032

Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [apurimac.rctvcperu@gmail.com](mailto:apurimac.rctvcperu@gmail.com)

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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Abancay: 942160032 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N° 0027-2023-CTVC/APU
---	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	25/04/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CHACON DELGADO YUDY	3. NÚMERO-DNI:	44523759
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>			6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	ABANCAY
9. DISTRITO:	PICHIRHUA	10. CAPP/DIRECCIÓN:	PISCAYA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	60115035-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).** Mediante llamada telefónica se registró el reclamo de la Sra. Brigida Ramos Moril, con DNI N°45101939, quien refiere que su menor hijo V.R.N de 14 años de edad, con DNI N°60115035, tiene discapacidad severa (ver anexo 04), con condición socio económica de pobre vigente hasta 09/11/2027. El menor vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, no puede valerse por sí mismo y vive con su madre que también tiene discapacidad severa, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar lo indicado en la **DIRECTIVA N°00115-2022-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.
- 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: 03)**

1. Anexo 01: Ficha de atención N°021-2023-APU-D
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: fotos de DNI
4. Anexo 04: Captura pantalla de carnet de discapacidad



.....  
**Yudy Chacón Delgado**  
Responsable de Campo

## ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-021-2023- D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	<b>FICHA DE ATENCIÓN</b>	FICHA N° <u>A-021-2023-D</u>
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 pon X:	CONTIGO (x) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) SISFOH ( )	2.FECHA de REGISTRO: <u>25/ 04 /2023</u>
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</b>		
3. Apellidos Nombres:	Ramos Moril Brígida	4. Documento-DNI: 45101939
5. Sexo (Género):	Masculino ( ) Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:
7. Es Usuario(a)?:	SI ( ) Fecha Afiliación: / / NO (X)	8. Tiempo Residencia: ( ) MESES
9. Correo Electrónico:		10. Telef. Personal: 984046553
11. Institución/Cargo:		12. Telf. Institucional:
13. Departamento:	APURÍMAC	14. Provincia: ABANCAY
15. Distrito:	PICHIRHUA	16. CCPP/Dirección: PISCAYA
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>		17.FECHA OCURRENCIA: <u>24/04/2023</u>
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>		
18. Departamento:	APURÍMAC	19. Provincia: ABANCAY
20. Distrito:	ABANCAY	21. CCPP/Dirección: CERCADO
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>		
22. 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 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?		
Mediante llamada telefónica se registró el reclamo de la Brígida Ramos Moril, con DNI N°45101939, quien refiere que su menor hijo V.R.N de 14 años de edad, con DNI N°60115035, tiene discapacidad severa (ver anexo 04), con condición socio económica de pobre vigente hasta 04/0/2032. El menor vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, no puede valerse por sí mismo y vive con su madre que también tiene discapacidad severa, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.		
23.TIPO d ATENCIÓN:	Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( X ) Queja ( ) Denuncia ( )	24.TOTAL FOLIOS:
25.Dctos. ADJUNTOS:	Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( )	
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: YUDY CHACON DELGADO		NOMBRES APELLIDOS:
DNI: 44523759 CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO		DNI: CARGO:



Anexo 04: Certificado de discapacidad

República del Perú  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD287318



Apellidos:  
**VARGAS RAMOS**

Nombres:  
**NOE**

DNI: **60115035**

Discapacidad (CIDDM-OMS):  
Conducta, Comunicación, Cuidado personal, Locomoción,  
Disposición corporal, Destreza, Situación

**MODIFICACIÓN SEVERA**

Diagnóstico (CIE 10): **F80.9, R26.2**

**CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS**

**CONADIS**  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RUI: RD384492

El titular de este carné se encuentra autorizado a usar  
gratuitamente el transporte público (Ley 30412)

534612

Inscripción:	01/07/2022
Emisión:	04/07/2022
Caducidad:	04/07/2032



Mg. ELIZABETH DEL PILAR VARGAS MACHUCA GUERRERO  
Directora II de Dirección de Promoción y Desarrollo Social

El presente carné, constituye el único documento personal e intransferible que acredita  
la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con Discapacidad  
(Resolución de Presidencia N° 015-2021-CONADIS/VP/IE de 23/07/2021).