

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"**

Lima, 25 de marzo de 2022

OFICIO N° 0041-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señora

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

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 tres (03) 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0029-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0030-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0031-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

Se adjunta (18 folios)


VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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. de Lima- Provincias: 984996604 Telf. Nacional: 984056206		CASO		N° 0031-2022-CTVC/LIP	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 03/03/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		TORRES ARIAS JAIRZHO WALTER		3. NÚMERO-DNI: 17446722	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – IMPERIAL		5. CARGO: FISCAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 03/03/2022	
7. DEPARTAMENTO:		LIMA		8. PROVINCIA: CAÑETE	
9. DISTRITO:		IMPERIAL		10. CCPP/DIRECCIÓN: AH ASUNCION 8 MZ X LT 23	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 15376639-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 1	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, se realizó la entrevista mediante llamada telefónica, al Sr. Donaire Sierra Nolberto con DNI N°15376639, potencial usuario del Programa Contigo en del distrito Imperial, identificándose el siguiente punto crítico:

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

Adulto mayor de 75 años manifiesta que vive en situación de pobreza, sufre de paraplejia espástica con fractura de columna vertebral y cadera que le impide caminar, quien se desplaza en silla de ruedas, además padece de diabetes y consume sus medicamentos.

Adulto mayor menciona que usaba sonda, pero cada vez que lo cambiaban le cobraban 25 a 30 soles, dinero que no podía conseguir para el cambio oportuno de la sonda, producto de esto, durante la pandemia, se le infectó y por falta de dinero se retiró la sonda, por lo que a la fecha usa pañales. Agrega que vive al lado de su hermana quien también es mayor de edad (67 años) pero no tienen ingresos económicos suficientes para solventar sus gastos, por lo que sus necesidades básicas los cubre ayudando a criar animales menores a su hermana, pero esto es insuficiente para solventar sus medicamentos, pañales y alimentos.

Por lo que solicita ingresar al padrón de usuarios del Programa Contigo, a fin de poder tener una vida y vejez digna.

Cabe señalar que según **D.S 004-2015-MIMP Decreto Supremo que crea el Programa de Pensión por discapacidad Severa**, en su Art. 2 Objeto: El Programa tiene por objeto otorgar una pensión no contributiva a cargo del Estado a las personas con discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza, con la finalidad de elevar su calidad de vida.

RDE-095-2021-MIDIS-PNPDS “Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva” Numeral 6.1.1 Existen dos modalidades para la postulación al programa Contigo: b) De Oficio, A través de la cual el Programa Contigo u otra entidad, identifica a la persona con discapacidad severa, y promueve que esta inicie el proceso de afiliación.

6.1.2 Los requisitos de ilegitimidad para acceder al programa ...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 (...) c) encontrarse en situación de pobreza bajo los principios del Sistema de Focalización de Hogares- SISFOH.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA que se brinda a responsables de OMAPED y usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Evaluar los criterios de elegibilidad del potencial usuario a fin de ser incorporado al padrón de usuarios a fin de cobertura a los potenciales usuarios y continuar con el cierre de brecha, según los objetivos del programa.

Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 11 folios)

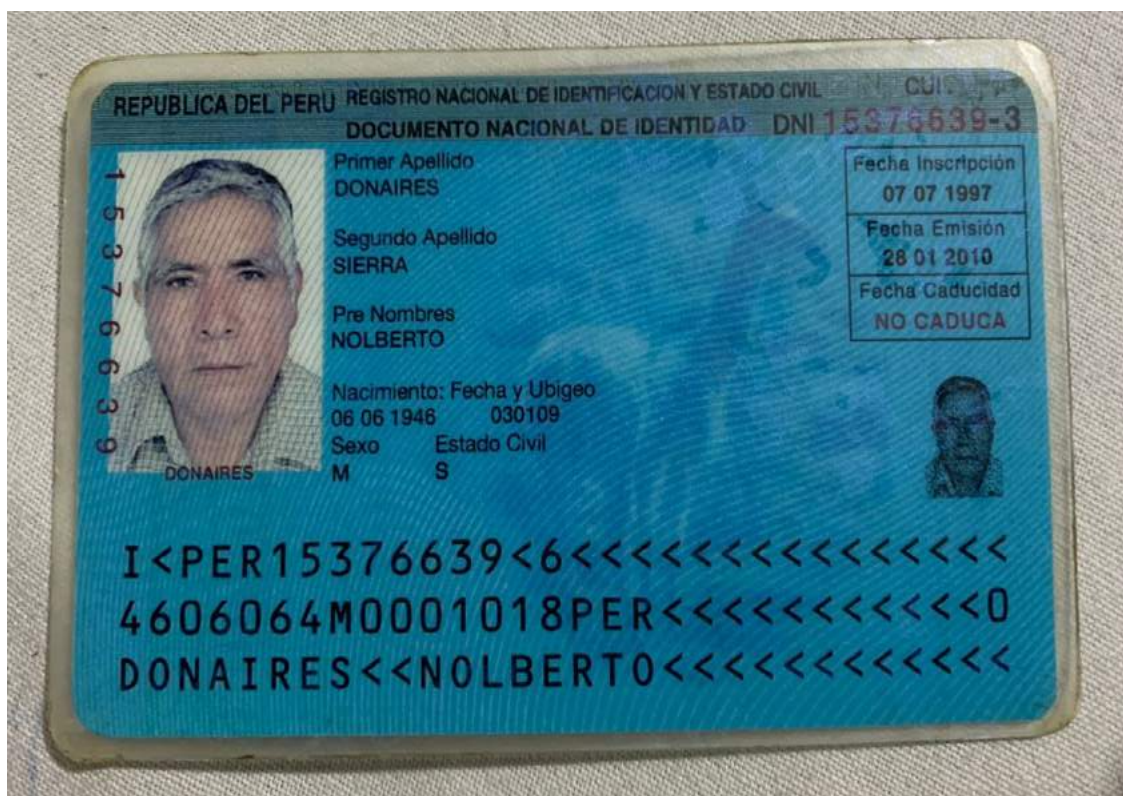
1. Copia Ficha de Atención. A-017-2022-LIP-C (01 folios)
2. Anexo fotográfico 1,2,3,4,5,6,7



VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N°A-017-2022-LIP-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 pon X:		CONTIGO (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()		2.FECHA de REGISTRO: 03 / 03 / 2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		DONAIRES SIERRA NOLBERTO		4. Documento-DNI: 15376639	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento: 06/06/1946	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:		nolbertodonayresierra@gmail.com		10. Telef. Personal: 932273366	
11. Institución/Cargo:				12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:		LIMA		14. Provincia: CAÑETE	
15. Distrito:		IMPERIAL		16. CCPP/Dirección: AH ASUNCION 8 MZ X LT 23	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 03 / 03 / 2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LIMA		19. Provincia: CAÑETE	
20. Distrito:		IMPERIAL		21. CCPP/Dirección: AH ASUNCION 8 MZ X LT 23	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
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? ADULTO MAYOR DE 75 AÑOS DE EDAD, QUIEN VIVE EN SITUACIÓN DE POBREZA, SUFRE DE PARAPLEJIA ESPÁSTICA CON FRACTURA DE COLUMNA VERTEBRAL Y CADERA QUE LE IMPIDE CAMINAR Y SE DESPLAZA EN SILLA DE RUEDAS, ADEMÁS PADECE DE DIABETES Y CONSUME SUS MEDICAMENTOS. USABA SONDA, PERO CADA VEZ QUE LO CAMBIABAN LE COBRARON 25 A 30 SOLES. AGREGA QUE DURANTE LA PANDEMIA SE LE INFECTÓ Y POR FALTA DE DINERO SE RETIRÓ LA SONDA DEFINITIVAMENTE Y A LA FECHA VIENE USANDO PAÑALES. A LA FECHA VIVE AL LADO DE SU HERMANA QUIEN TAMBIÉN ES MAYOR DE EDAD (67 AÑOS) PERO NO TIENEN INGRESOS ECONÓMICOS PARA SOLVENTAR SUS GASTOS, POR LO QUE SUS NECESIDADES BÁSICAS LO CUBREN AYUDANDO A CRIAR ANIMALES MENORES A SU HERMANA, PERO ESTO LE ES INSUFICIENTE PARA SOLVENTAR SUS MEDICAMENTOS Y PAÑALES. SOLICITA INGRESAR AL PADRÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA CONTIGO, A FIN DE PODER TENER UNA VIDA Y VEJEZ DIGNA.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS:	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (X) 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: JAIRZNGO WALTER TORRES ARIAS DNI: 17446722 CARGO: CLTVCI IMPERIAL-FISCAL			_____ NOMBRES APELLIDOS: NOLBERTO DONAIRES SIERRA DNI: 15376639 CARGO: Potencial usuario		

ANEXO FOTOGRAFICO



Anexo 1. Copia DNI


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

00163-2017


 Apellidos:
DONAIRES SIERRA
 Nombres:
NOLBERTO
 DNI: 15376639
 Discapacidad (CIDDM-OMS):
 Cuidado personal, locomoción, Disposición corporal,
 Destreza, Situación
 Diagnóstico (CIE 10):
 G82.1, M16, T09.3

ORIGINAL

CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS

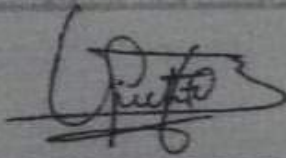
CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RESOLUCIÓN: 00163-2017

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

Inscripción:
 05/01/2017
 Emisión:
 11/01/2017
 Caducidad:
 11/01/2027


DOC. JOSE GUILLERMO PINTO OLIVARES
 Director (e) de Investigación y Registro




El presente carnet, es personal e intransferible.
 Informes Av. Arequipa N° 375 Santa Beatriz - Lima 1

Anexo 2. Copia de Carné CONADIS

1020

Certificado de Discapacidad: 00253155

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00253155
00006029 - IMPERIAL

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Donaires, Sierra, Nolberto

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	2383	DNI	Carnet extranjería
	74	3		15376639	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? ☐ Sí

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Paraplejía espástica	G821	Traumatismo de la médula espinal, nivel no especificado	T093
Fractura del cuello de fémur	S720	Traumatismo no especificado de la cadera y del muslo	S799

IV. DISCAPACIDAD		
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	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	4	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4	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	4	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD	
Sin Discapacidad	0 Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1 Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2- Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	3 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 aseo, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

☐ No requiere

☒ Para marcha y transporte

☒ Para comunicación, información y señalización

☒ Dependencia de otra persona

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

57,76 %

¿Es diferido?: No

18/9/2020

Certificado de Discapacidad: 00253155

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
SE REQUIERE TERAPIA FÍSICA Y EVALUACIÓN MÉDICA

Este documento tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN
JR. SUCRE N° 334 18 de Septiembre de 2020
Lima - Carlete - Imperial

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA
SONCCO HUISA, JOSE LUIS

N° CMP
63470

N° RNE

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

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
SERVICIO BASICO DE SALUD CARLETE TALPES
M.C. JOSE LUIS SONCCO HUISA
C.M.P. 63470
MEDICO CERTIFICADOR
COMPONENTE DE DISCAPACIDAD

GOBIERNO REGIONAL DE LIMA
SERVICIO BASICO DE SALUD CARLETE TALPES
DR. WILFREDO SANCHEZ QUISPE
JEFE DEL C.S. IMPERIAL
C.M.P. 45148

¿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)

Si

ANEXO 4. Copia Certificado de discapacidad severa REVERSO



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR

Estimado(a) ciudadano(a): DONAIRES SIERRA NOLBERTO a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 22/03/2022 a las 18:48:26

1. Código de Hogar : 7627987
2. Código Clasificación Socioeconómica : 28494125
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 07/03/2022 Hasta 07/03/2026
5. Fuente(*) : ULF
6. Departamento : LIMA
7. Provincia : CAÑETE
8. Distrito : IMPERIAL
9. Centro Poblado : IMPERIAL
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : CALLE. ALFONSO UGARTE NRO. PUERTA SN PISO.01
MZA. X LOTE.23
12. Referencia de la Dirección : DOS CUADRAS ANTES DE INSTIUCION EDUC 20145
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar :

Tipo Documento	Nº Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	15376639	NOLBERTO	DONAIRES	SIERRA

[Generar PDF](#)
[Volver](#)