

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

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

Ica, 13 de mayo de 2022.

OFICIO N° 014-2022-CTVC/ICA

Señor (a)

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 le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 035-2022-CTVC/ICA
- CASO N° 036-2022-CTVC/ICA
- CASO N° 037-2022-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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 037-2022-CTVC/ICA

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	13/05/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MAURTUA QUISPE LAURA ESTELA	3. NÚMERO-DNI:	21874400
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE CHINCHA BAJA	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	13/05/2022
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA:	CHINCHA
9. DISTRITO:	CHINCHA BAJA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	UPIS AGUSTIN FALCONE MZ F LT 11
11. PROCESO:	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	21822031-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 vigilancia al programa Contigo, la fiscal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Chincha Baja, Srta. Laura Estela Maurtua Quispe, reporta la Ficha de Atención A-013-2022-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 Sra. Lourdes Anabela Román Flores De Canelo, identificada con DNI N° 21822031, de 57 años de edad, es una persona con discapacidad severa, tiene la discapacidad visual **Ceguera**, quien vive con la ayuda de su hija Roció Alondra Canelo Román, quién manifiesta que en varias oportunidades, desde el año 2021, se ha apersonado a la municipalidad distrital de Chincha Baja, en busca de inscribirse al Programa Contigo, en la cual el encargo de OMAPED muy amablemente la atendido y a enviado sus documentos a la ciudad de Lima, no teniendo respuesta aun sobre su solicitud, recurre al Comité Local de Chincha Baja, para canalizar su pedido. 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 4.
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: 10 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-013-2022-ICA-D (folio 1)
- Anexo 2: Copia de la solicitud de afiliación (folio 1)
- Anexo 3: Copia de PC 1000 (folio 1)
- Anexo 4: Clasificación socioeconómica de POBRE (folio 1)
- Anexo 5: Copia de Certificado de Discapacidad Severa (folio 2)
- Anexo 6: Copia del Carnet de Discapacidad (folio 1)
- Anexo 7: Copia de DNI Potencial Usuario (folio 1)
- Anexo 8: Copia de DNI Persona Autorizada (folio 1)
- Anexo 9: Fotografía (folio 1)



Rosario Córdova Pérez de Muñoz
Responsable de Campo

1. Copia Ficha de Atención A-013-2022-ICA-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-013-2022-ICA-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 por X:		CONTIGO (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()		2.FECHA de REGISTRO: <u>13 / 05 / 2022</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		CANELO ROMAN ROCIO ALONDRA		4. Documento-DNI: 70774429	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 26/11/1999	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES Más de 22 años.	
9. Correo Electrónico:		--		10. Telef. Personal: 926407441	
11. Institución/Cargo:		--		12. Telf. Institucional: --	
13. Departamento:		ICA		14. Provincia: CHINCHA	
15. Distrito:		CHINCHA BAJA		16. CCPP/Dirección: UPIS AGUSTIN FALCONE MZ F LOTE 11	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: <u>13 / 05 / 2022</u>	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		ICA		19. Provincia: CHINCHA	
20. Distrito:		CHINCHA BAJA		21. CCPP/Dirección: UPIS AGUSTIN FALCONE MZ F LOTE 11	
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?					
La Srta. Rocio Alondra Canelo Roman, manifiesta que su madre Lourdes Anabela Roman Flores De Canelo, identificada Con DNI N° 21822031, de 57 años, , es persona con discapacidad severa, diagnosticada con discapacidad visual Ceguera, quien no se puede valer por si misma, son una familia de escasos recursos económicos, aparte de su ceguera sufre de dolencias a sus articulaciones, no tiene ningún ingreso económico, para solventar su alimentación y recetas medicas, viven en estado vulnerable.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS: 9	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado (X) 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: <u>Laura Estela Maurtua Quispe</u> DNI: <u>21874400</u> CARGO: <u>Fiscal</u>			_____ NOMBRES APELLIDOS: <u>Roció Alondra Canelo Román</u> DNI: <u>70774429</u> CARGO: _____		

2. Copia de la solicitud de afiliación

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Solicito Afiliación al programa CONTIGO

SRA. DIANA ELIZABETH PRUDENCIO TAMIO
DIRECTORA DEL PROGRAMA CONTIGO

ROCIO ALONDRA CANELO ROMAN, con DNI N° 70774429, domiciliada en UPTS Agustín Falcone Mz F Lote 11, distrito Chíncha Baja, provincia de Chíncha y región Ica, hija de LOURDES ANABELA ROMAN FLORES DE CANELO, CON DNI N° 21822031, respetuosamente me presento y expongo lo siguiente:

Mi madre sufre de discapacidad severa en condición de Pobreza, por lo cual recurrimos a su digno despacho para poder solicitar la afiliación al programa CONTIGO.

Ya que somos una familia muy humilde, mi madre requiere constantemente de medicamentos y controles.


ROCIO ALONDRA CANELO ROMAN
DNI N° 70774429


LOURDES ANABELA ROMAN FLORES DE CANELO
DNI N° 21822031

3. Copia de PC 1000



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Entrega de la Pensión
por Contributivos Afectados con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 3/05/2021

PROCEDIMIENTO DE:

☒ AFILIACIÓN☒ AUTORIZACIÓN DE COBRO☐ RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 21822031

1.2 DEPARTAMENTO:

ICA

1.3 PROVINCIA: CHINCHA

1.4 DISTRITO: CHINCHA BAJA

1.5 DIRECCIÓN: UPIS AGUSTINOF/CONI-F.I.

1.6 REFERENCIA: CERCA A UN PORDO

1.7 APELLIDO PATERNO: ROMAN

1.8 APELLIDO MATERNO: FLORES DE CANELO

1.9 NOMBRES: LOURDES ANABELA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: 926407441
(CELULAR)

- Expongo mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen, sean notificados a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distal de mi jurisdicción (OMAFED, UJE u otros).

1.12 ¿ADIUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NO

[Firma]
Firma de la persona con discapacidad severa

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en caso que sea cónyuge de la persona con discapacidad severa mayor de 18 años o sujeto que no sea su representante)

2.1 DNI: 70774429

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

☐ MADRE(1)☐ OTROS(1) *Hijo*☐ PADRE(2)

2.3 APELLIDO PATERNO: CANELO

2.4 APELLIDO MATERNO: ROMAN

2.5 NOMBRES: ROCIO ALONDRA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO: 926407441

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que reúno todas las condiciones de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar 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).

3. Expongo mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen, sean notificados a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distal de mi jurisdicción (OMAFED, UJE u otros).

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo 17, Numeral 8.2 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N° 27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE

4. Clasificación socioeconómica de POBRE

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES:LOURDES ANABELA APELLIDOS:ROMAN FLORES DE CANELO FECHA DE NACIMIENTO:03-FEB-65 SEXO:

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID:

10117348

DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI):

21822031

APELLIDO PATERNO:

ROMAN

APELLIDO MATERNO:

FLORES DE CANELO

NOMBRES:

LOURDES ANABELA

SEXO:

FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO:

03/02/1965

HOGAR ESTADO:

VIGENTE

FECHA EMPADRONAMIENTO:

17/05/2019

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO:

ICA

PROVINCIA:

CHINCHA

DISTRITO:

CHINCHA BAJA

UBIGEO:

110204

CENTRO POBLADO:

CHINCHA BAJA

CODIGO CENTRO POBLADO:

0001

DIRECCION:

OTRO, UPIS AGUSTIN FALCONE NRO. PUERTA SN PISO,01 MZA. F LOTE.011

REFERENCIA DE DOMICILIO:

EN LA AVENIDA PRINCIPAL

TIPO DE CARGA:

FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL:

23/05/2019

FECHA VIGENCIA FINAL:

23/05/2023

ESTADO VIGENCIA:

VIGENTE

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA:

POBRE (2)

AREA:

URBANO

NRO DE TIPO DE FORMATO:

15253406

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1.	21821319	CANELO	QUISPE		JESUS ERASMO	MASCULINO	02-SEP-66
2.	21822031	ROMAN	FLORES DE CANELO		LOURDES ANABELA	FEMENINO	03-FEB-65
3.	70774429	CANELO	ROMAN		ROCIO ALONDRA	FEMENINO	26-NOV-96
4.	91004073	CHISCUL	CANELO		DAYANA KALESSTY ISABELA	FEMENINO	13-OCT-18

5. Copia de Certificado de Discapacidad Severa

Certificado de Discapacidad: 00298097



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00298097

00003416 - CHINCHA BAJA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Roman, Flores De Canelo, Lourdes Anabela

SEXO

Femenino

EDAD

Años: 56
Meses: 3

N° H.C.

21822031

DOCUMENTO DE IDENTIDAD

DNI: 21822031
Carnet extranjería: -

¿Cuanta con certificado emitido anteriormente? Si

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Deficiencia visual severa, binocular

CIE

H541

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

-

CIE

-

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0	0 Sin limitación
De La Comunicación	2	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 existir
De Situación	2	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	2-3	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

☐ 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

- %

¿Es difendo? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 12 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA AV. ARNALDO ALVARADO N° 21 de
140 DISTRITO ICA PROVINCIA ICA Mayo
DEPARTAMENTO ICA de
Ica - Chincha - Chincha Baja 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

YATACO RAMOS, DIANA MAGALLY

N° CMP

41476

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICA

CENTRO DE SALUD CHINCHA BAJA
ELAS CHINCHA BAJA
Dr. Diana Yataco Ramos
Médico Cirujano
C.M.P. 41476

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO

Erasmundo Salas De Los Rios Mosquera
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 64885

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO

Erasmundo Salas De Los Rios Mosquera
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 64885

¿Desa Ua, 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

6. Copia del Carnet de Discapacidad



7. Copia de DNI Potencial Usuario



8. Copia de DNI Persona Autorizada



9. Fotografía

