



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Yurimaguas, 08 de agosto de 2023

OFICIO N°0041-2023-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS

Señor (a)

ORFELINA ARPASI QUISPE

Directora Ejecutiva.

Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO.

Presente. -

Asunto : Se ALERTAN 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 el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0044-2023-CTVC/YUR.
- CASO N° 0045-2023-CTVC/YUR

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




MILLER GONZALES SALDAÑA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
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

Calle COMERCIO 738, Barrio. La Loma – Yurimaguas

Celular: 942161470

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / loreto.2rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. YURIMAGUAS: 942161470
Telf. LIMA: 951864589

CASO

N°0045-2023-CTVC/YUR

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	08/08/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	AMASIFUEN LANCHA CAROL DEL CARMEN	3. NÚMERO-DNI:	41402993
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:	13/06/2023
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
9. DISTRITO:	YURIMAGUAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SANTA MARÍA DEL BAJO HUALLAGA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	74616435-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

La Sra. DASIA CHALO SHAPIAMA, identificada con DNI N° 74616435, domiciliada en la comunidad Santa María del Bajo Huallaga, distrito de Yurimaguas, quien se encuentra en situación de discapacidad severa y es potencial usuario del Programa Contigo, se recoge la manifestación de la señora en la Ficha de Atención N° A-018-2023-YUR-D.

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

La señora en mención, se encuentra en situación de discapacidad severa, en varias ocasiones acudió a la OMAPED de la municipalidad provincial de Alto Amazonas, no podía acceder al programa Contigo porque no contaba con el certificado de discapacidad severa, el pasado 21 de junio del 2023 la OMAPED de la municipalidad organizó una campaña de certificación en la comunidad, hasta el momento la OMAPED no realiza mi trámite de afiliación, es por ello que me puse en contacto con el comité local de transparencia y vigilancia ciudadana de Santa María para que den a conocer mi caso.

De la verificación de los documentos presentados por la Sra. Dasia Chalo Shapiama, se puede evidenciar que es potencial usuario del programa y estaría cumpliendo con los tres (03) requisitos para ser afiliado, cuenta con el certificado de discapacidad severa, con clasificación socioeconómica de **POBRE EXTREMO** con vigencia del 26/06/2023 hasta el 26/06/2023 y no recibe ninguna pensión.

A fin de dar cumplimiento a la normativa vigente.

D.S N° 004-2015-MIMP Decreto Supremo que crea el Programa de pensión por discapacidad severa.

Artículo 1°.- Creación del Programa de Pensión no Contributiva.

Créase el Programa de **entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza (...)**

Artículo 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.

R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada "Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva".

6. Proceso de Gestión de la Afiliación a la Pensión No Contributiva (...)

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 - Es SALUD;**
- c) **Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.**

De acuerdo a los principios orientadores de la modernización de la gestión pública en el sector de desarrollo e inclusión, reconocidos en la Resolución Ministerial No 270-2018-MIDIS, donde **“se busca articular el diseño, conclusión de planes y programas específicos dirigidos a distritos grupos vulnerables, por parte de los ministerios competentes y los gobiernos, con el propósito de...promover y proteger la capacidad jurídica y el ejercicio integral de los derechos de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad y abandono...”**, en ese sentido el programa debe promover la articulación, con entidades públicas, privadas y sociedad civil a fin de solucionar los posibles casos de sub cobertura, de esta manera, coadyuvar a mejorar las condiciones de vida la población más vulnerable que no se encuentra como usuarios del programa.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el Marco de los lineamientos del R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada “Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva” y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en este sentido se recomienda:

- Garantizar el Servicio del programa Contigo y dar cumplimiento al D.S N° 004-2015-MIMP “Decreto Supremo que crea el Programa de pensión por discapacidad severa”.
- Garantizar el Servicio del programa Contigo y dar cumplimiento al R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada “Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva”.
- Se solicita al programa CONTIGO pueda informar sobre lo acontecido en el plazo establecido, además de la implementación de las medidas preventivas, pertinentes, dirigidas a mitigar, superar o dar solución a los riesgos comentados en la presente alerta.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 06 folios)

1. Ficha de Atención N° A-018-2023-YUR-D. (01 folio).
2. Certificado de discapacidad severa (02 folio).
3. Clasificación Socioeconómica (01 folio).
4. Volante del anuncio de la campaña de certificación (01 folio)
5. Vista fotográfica de DNI de potencial usuario (01 folio).




MILLER GONZALES SALDARA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-018-2023-YUR-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 MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () SISFOH ()		2.FECHA de REGISTRO: 03 / 08 / 2023 /	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		CHALO SHAPIAMA DASIA		4. Documento-DNI: 74616435	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 01/04/1997	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación - / - / - / NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:		-----		10. Teléf. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telf. Institucional: -----	
13. Departamento:		LORETO		14. Provincia: ALTO AMAZONAS	
15. Distrito:		YURIMAGUAS		16. CCPP/Dirección: SANTA MARÍA DEL BAJO HUALLAGA	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 03 / 08 / 2023 /	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LORETO		19. Provincia: ALTO AMAZONAS	
20. Distrito:		YURIMAGUAS		21. CCPP/Dirección: SANTA MARÍA DEL BAJO HUALLAGA	
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?					
<p>DASIA CHALO SHAPIAMA, identificada con DNI N° 74616435 domiciliada en la Comunidad de Santa María del Bajo Huallaga, distrito de Yurimaguas, provincia Alto Amazonas, departamento Loreto, quien se encuentra en situación de Discapacidad Severa y es potencial usuario del Programa Contigo, manifestó lo siguiente:</p> <p>PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).</p> <p>La señora en mención, se encuentra en situación de discapacidad severa, en varias ocasiones acudió a la OMAPED de la municipalidad provincial de Alto Amazonas, no podía acceder al programa Contigo porque no contaba con el certificado de discapacidad severa, el pasado 21 de junio del 2023 la OMAPED de la municipalidad organizó una campaña de certificación en la comunidad, hasta el momento la OMAPED no realiza mi tramite de afiliación, es por ello que me puse en contacto con el comité local de transparencia y vigilancia ciudadana de Santa María para que den a conocer mi caso.</p>					
23.TIPO d ATENCIÓN:				24.TOTAL FOLIOS:	
Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()					
25.Dctos. ADJUNTOS:				26.OBSERVACIONES:	
Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida de Nacimiento () Copia DNI () DJ () Otros ()					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>CAROL DEL CARMEN AMASIFUEN LANCHA</u></p> <p>DNI: <u>41402993</u> CARGO: <u>PRESIDENTE DEL CLTV DE SANTA MARÍA</u></p>			<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>DASIA CHALO SHAPIAMA</u></p> <p>DNI: <u>74616435</u> CARGO: <u>POTENCIAL USUARIA</u></p>		



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00522928

Establecimiento de Salud

224 - P.S. LA LOMA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

CHALO SHAPIAMA, DASIA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE		
Femenino	26	2	74916435	74616435	PERU	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION RENIEC

Loreto / Alto Amazonas / Yurimaguas

C P SANTA MARIA

UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)

DIRECCION ACTUAL

Loreto / Alto Amazonas / Balsapuerto

CASERIO SANATA MARIA

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?

No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

CIE

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

CIE

Monoplejía de miembro superior

G832

Monoplejía de miembro superior

G832

Monoplejía de miembro inferior

G831

Monoplejía de miembro inferior

G831

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0
De La Comunicación	0
Del Cuidado Personal	2
De La Locomoción	4
De La Disposición Corporal	1
De La Destreza	2
De Situación	2

- 0 Sin limitación
- 1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
- 2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
- 3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
- 4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
- 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
- 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
Discapacidad Severa	X 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

32.72 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

REQUIERE EVALUACIONES PERIODICAS POR NEUROLOGIA
REQUIERE TERAPIAS DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN

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

El certificado tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE CALLE COMERCIO 821 - BARRIO LA LOMA CALLE COMERCIO 821 - BARRIO LA LOMA
YURIMAGUAS ALTO AMAZONAS LORETO
Loreto - Alto Amazonas - Yurimaguas

21 de junio del 2023

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

BECERRA ANAYA, JOSELYN MADELEYNE

N° CMP

93002

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**

¿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

Si

ANEXO 03: Clasificación Socioeconómica



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR

Estimado(a) ciudadano(a): CHALO SHAPIAMA DASIA a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 8/08/2023 a las 16:14:20

1. Código de Hogar : 14862873
2. Código Clasificación Socioeconómica : 24100000
3. Clasificación Socioeconómica : **POBRE EXTREMO**
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 26/06/2023 Hasta 26/06/2029
5. Fuente(*) : ULF
6. Departamento : LORETO
7. Provincia : ALTO AMAZONAS
8. Distrito : YURIMAGUAS
9. Centro Poblado : SANTA MARIA
10. Núcleo Urbano :
11. Dirección de la Vivienda : CALLE SAN JUAN NRO.SN BLOQUE. PISO.01
INTERIOR. MZA. LOTE.
12. Referencia de la Dirección : AL COSTADO DE LA ANTENA BITEL
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar :

Tipo Documento	Nº Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	61882203	JESSICA YASUR	RENGIFO	CHALO
DNI	80651434	GREYSI	CHALO	ROJAS
DNI	74616435	DASIA	CHALO	SHAPIAMA
DNI	81560780	JAMES	CHALO	SHAPIAMA
DNI	81589001	JEAM PIER	CHALO	SHAPIAMA

Volver



CAMPAÑA DE LA REIVINDICACIÓN SOCIAL



Los servicios que se brindarán:

- ✓ Atención integral a niños y niñas, madres gestantes en condiciones de pobreza y pobreza extrema.
- ✓ Servicio de certificación de salud gratuita para las personas con discapacidad.
- ✓ Se otorgarán actas de nacimiento gratuito para niños menores de 8 años.
- ✓ Actualización de datos de hogares próximos a vencer sus programas sociales.
- ✓ Atención de medicina general, dental, vacunación y otros servicios médicos.
- ✓ Asesoría psicológica familiar.
- ✓ Asesoramiento para conciliaciones extrajudiciales.
- ✓ Reconocimiento de embarazo y paternidad.

FECHA : Miércoles 21 de junio
 HORA : 8:00 A.M.
 LUGAR : Centro Poblado Santa María - Municipalidad

¡Trabajamos por la reivindicación.



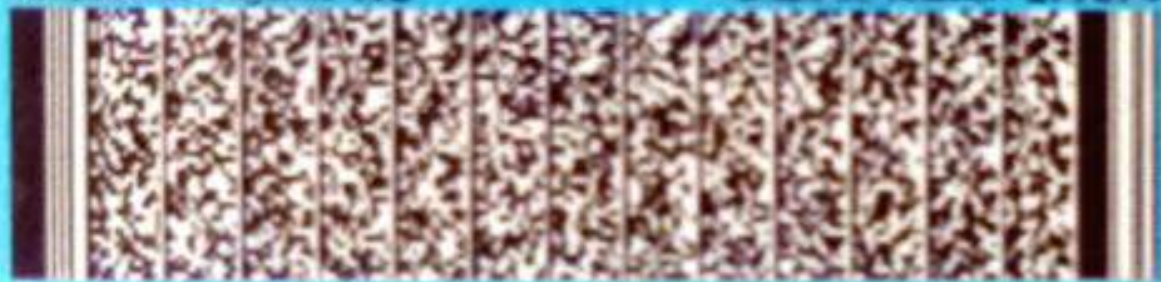
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO



Departamento **LORETO** Provincia **ALTO AMAZONAS** Distrito **YURIMAGUAS**

Dirección
C P SANTA MARIA

Observaciones
Donación de Órganos **NO** Grupo de Votación **277574**



Handwritten signature
COMISIÓN NACIONAL ELECTORAL
 del PERÚ



Índice Der 000432 000432 054326 0411 66651901