

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL HUANCVELICA

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Huancavelica, 02 de agosto de 2023

OFICIO N° 0038-2023-CTVC/HUANCAVELICA

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 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° 0057-2023-CTVC/HVC
- CASO N° 0058-2023-CTVC/HVC
- CASO N° 0059-2023-CTVC/HVC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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

Yudith Isabel Gutiérrez Daz
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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. HUANCAVELICA: 942153032
Telf. LIMA: 951864589

CASO

N° 0057-2023-CTVC/HVC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	07/07/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ALEJANDRA ÑAVINCOPA CHUQUIYAURI	3. NÚMERO-DNI:	10605083
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	07/07/2023
7. DEPARTAMENTO:	HUANCAVELICA	8. PROVINCIA:	ANGARAES
9. DISTRITO:	SECCLLA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SECCLLA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	72502559-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con fecha 07/07/2023, la señora Alejandra Ñavincopa ChuquiyaURI, en su condición de Fiscal del CLTV del distrito de Secclla, durante acciones de vigilancia da a conocer el caso de la Sra. Yesica Arriaga Flores; registrándose en la ficha de atención A-022-2023-HVC- D, el punto crítico descrito a continuación: **(Ver anexo 01)**

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

La señora Alejandra Ñavincopa ChuquiyaURI con DNI N° 10605083, hace conocer la situación de la Sra. **Yesica Arriaga Flores con DNI N°72502559**, de 26 años de edad (con discapacidad severa); señala que el año 2022 presento la documentación respectiva en la OMAPEL de la municipalidad distrital de Secclla, sin embargo, hasta la fecha no le brindan información sobre el estado de su trámite.

De lo descrito, el Equipo Técnico del Comité realizó la consulta en la plataforma del programa donde se verifico que sus datos aun no figuran y se reporta como: "DNI en consulta no ha presentado una solicitud de afiliación al programa Contigo", por otro lado el informante refiere que la señora Reyna Flores Eslava y su hija Yesica Arriaga, viven en una situación vulnerable y de **EXTREMA POBREZA** (no tienen servicios básicos) y para mejorar su calidad de vida necesitan de la pensión (costear gastos de alimentación y medicinas).

De lo descrito, es necesario hacer notar que el programa Contigo debe realizar las gestiones necesarias además de articular acciones con las entidades que corresponda, a fin de atender posibles casos de sub cobertura en la región, especialmente en el distrito de Secclla.

Por lo manifestado el Equipo Técnico debe señalar lo siguiente:

- El artículo 2 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, que crea el Programa de pensión por discapacidad severa, establece que, 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. Sin embargo, la existencia de casos de sub cobertura, como el que se presenta en la alerta en mención, estaría afectando el cumplimiento de dicho objetivo.
- El artículo 8 literal C del mencionado Decreto y el numeral 6.1. de la directiva N° 02-2019-MIDIS/PNPDS-DE, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 49-2019-MIDIS/PNPDS-DE, establecen como parte de los requisitos para ser beneficiarios de la pensión no contributiva. **Encontrarse en situación de pobreza** bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares-SISFOH.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- 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 N° 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, coadyudar a mejorar las condiciones de vida la población más vulnerable que no se encuentra como usuarios del programa.
- Por último, la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, artículo 76 numeral 76.2 en atención al criterio de colaboración las entidades deben: prestar en el ámbito propio la cooperación y asistencia activa que otras entidades puedan necesitar para el cumplimiento de sus propias funciones, salvo que les ocasione gastos elevados o ponga en peligro el cumplimiento de sus propias funciones.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05)

1. Una (01) Fotografía de Ficha de Atención A-022-2023-HVC-D **(01 folio)**.
2. Un (01) Fotografía de Certificado Médico **(02 folio)**
3. Una (01) Fotografía de la Clasificación Socioeconómica **(01 folio)**.
4. Una (01) Fotografía de la consulta a la página del programa Contigo **(01 folio)**.
5. Una (01) Fotografía del DNI de la sra Yesica Arriaga




Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional



1. Una (01) Fotografía de Ficha de Atención A-022-2023-HVC-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-022-2023-HVC-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 por X:	CONTIGO <input checked="" type="checkbox"/> CUNA MAS <input type="checkbox"/> FONCODES <input type="checkbox"/> JUNTOS <input type="checkbox"/> PAIS <input type="checkbox"/> PENSIÓN 65 <input type="checkbox"/> QALIWARMA <input type="checkbox"/>	2.FECHA de REGISTRO:		07/07/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:	NAVINCOPA CHUQUIYAURI ALEJANDRA		4. Documento-DNI:	10605083	
5. Sexo (Género):	Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input checked="" type="checkbox"/>		6. Fecha-Nacimiento:		
7. Es Usuario(a)?:	SI <input type="checkbox"/> Fecha Afiliación / / NO <input type="checkbox"/>		8. Tiempo Residencia:) MESES	
9. Correo Electrónico:			10. Telef. Personal:		
11. Institución/Cargo:			12. Telf. Institucional:		
13. Departamento:			14. Provincia:		
15. Distrito:			16. CCPP/Dirección:		
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 07/07/2023	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:	HUANGAVELICA		19. Provincia:	ANGARAES	
20. Distrito:	SECCLLA		21. CCPP/Dirección:	SECCLLA	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:					
<p>22. <small>LOS HECHOS DE HECHOS, CUANTOS Y QUIENES SON LOS APECTADOS (a) con una sola foto, se debe indicar: País, Región, Dpto., Pobl. y Observaciones, QUIENES SON LOS PREJUDICADOS Y QUIENES SON LOS RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE TIENEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO, INDICAR EL ASESORAMIENTO DE EL DISTRITO PARA EL CASO PRESENTADO AL SERVICIO DE DEFENSA POPULAR, ¿CÓMO HECHO? INDICAR CÓMO SE PRESENTA EL CASO.</small></p> <p>Durante la entrevista realizada a la Sra. Yesica Arriaga Flores con DNI N°72502559 quien a la fecha no es usuaria del programa CONTIGO,</p> <p>Manifiesta que se encuentra indignada debido a los constates engaños por parte del personal que labora en el area de OMAPED en el distrito de seccla debido a que le manifiestan que ya esta presentado su documento ante el programa, y que hasta la fecha no puede realizar el cobro de su pensión no contributiva.</p> <p>Asimismo manifiesta que cumple con todos los requisitos principales para ser usuaria del programa como es el caso de contar con un certificado medico con condicion de discapacidad severa, tambien la clasificacion socioeconomica de pobre extremo en vigencia, ademas de no percibir ningun otro beneficio por parte del estado.</p> <p>En tal sentido, pide en la brevedad posible verificar su caso y realizar las acciones correspondientes a los responsables de las unidades para que la sra. Yesica pueda ser afiliada al programa CONTIGO.</p>					
23.TIPO de ATENCIÓN:	Consulta <input type="checkbox"/> Sugerencia <input type="checkbox"/> Pedido <input type="checkbox"/> Reclamo <input checked="" type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/>			24.TOTAL FOLIOS:	
25.Datos. ADJUNTOS:	Memorial <input type="checkbox"/> Informe <input type="checkbox"/> Oficio <input type="checkbox"/> Constancia <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Partida Nacrimo <input type="checkbox"/> Copia DNI <input type="checkbox"/> D.J <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>				
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>ALEJANDRA NAVINCOPA CHUQUIYAURI</u> DNI: <u>10605083</u> CARGO: <u>FISCAL</u>			NOMBRES APELLIDOS: <u>Yesica Arriaga Flores</u> DNI: <u>72502559</u> CARGO:		

2. Un (01) Fotografía de Certificado Médico


PERU Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aprobación de la Ley N° 29973

Establecimiento de Salud: _____ Nro: 00282021
 00002808 - SEGOCCIA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Arriaga, Horacio, Justina

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Femenino	Años	Meses	72502559	DNI	CarneL extranjera
	24	3		72502559	

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? SI

I. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	II. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Estabilizant concomitante convergente	H503	mutant peronal de otras aleconnes espectocedaa	2878

IV. DISCAPACIDAD

De La Contapla	3	0	Sin limitación
De La Comunicación	4	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	3	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	1	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	3	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 con la permitida asistn.
De Situación	1	6	La actividad no se puede realizar o mantener más 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 orden 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, cochar 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 diferido? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA VALENTIN ANAYOC S/N S/N 25 de
AV VALENTIN ANAYOC S/N LIRCAY Febrero
ANGARAES HUANCAVELICA de
Huancavelica - Angaraes - Secdta 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA
LEON OCHOA, JOSE CARLOS

N° CMP N° RNE
69502

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



Dr. José Carlos León Ochoa
MEDICO CIRUJANO
CMP N° 069502

MINISTERIO DE SALUD
Reiner Jorge Sanchez
LICENCIADO EN ENFERMERIA
C.E.P. 52636

¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADIS, Si
Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y
Ministerio de Trabajo)

3. Una (01) Fotografía de la Clasificación Socioeconómica

01/2024 (64)

FECHA PRESENTACIÓN: 01/2024

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRE: CAROL APOLLONIA ESPINOSA FLORES FECHA DE NACIMIENTO: 21-OCT-77

1. DATOS DE IDENTIFICACION

FECHA DE: 04/03/2024

DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DIN): 72582534

APELLIDO PATERNO: ARRIAGA

APELLIDO MATERNO: FLORES

AGREDO: YESICA

SEXO: FEMENINO

FECHA DE NACIMIENTO: 21/10/1977

TIPO DE ESTADO: VIGENTE

FECHA EN QUE SE EMISIO: 02/03/2023

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: HUANCABALLA

PROVINCIA: SAN ABELARDO

DISTRITO: ESCOLA

UBICACION: URBANA

CENTRO POBLADO: ALLANBO

CODIGO CENTRO POBLADO: 001

DIRECCION: OTRO SR NHO SR BLOQUE PISO 01 INTERIOR NTA 1011

EXISTENCIA DE DOMICILIO: A UNA CARRERA DE LA LOZA

TIPO DE CARGA: FRO-2017

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 14/03/2023

FECHA VIGENCIA FINAL: 15/03/2029

ESTADO VIGENCIA: VIGENTE

CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE EXTREMO (2)

AREA: RURAL

NIÑO DE TIPO DE FORMATO: 17658000

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

ORD.	NIÑO DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	72582534	ARRIAGA	FLORES		WALDIR	MASCULINO	24-OCT-48
2	72582534	ARRIAGA	FLORES		YESICA	FEMENINO	21-JAN-77
3	23489348	ARRIAGA	ZEVALLON		VICTOR	MASCULINO	21-OCT-78
4	23489328	FLORES	ESLAVA		REYNA	FEMENINO	25-MAR-77

https://portal.inec.gob.pe/consulta_hogares_ULE/consulta_primaria.php

4. Una (01) Fotografía de la consulta a la página del programa Contigo

