

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL HUANCABELICA
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Huancavelica, 21 de noviembre de 2022

OFICIO N°00063-2022-CTVC/HUANCAVELICA

Señor(a)

NANCY NERIDA AUCAHUASI DONGO

Directora Ejecutivo del Programa Nacional del proceso de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO.

Presente. -

Asunto : **Se ALERTA seis (06) 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° 0065-2022-CTVC/HVC**
- **CASO N° 0066-2022-CTVC/HVC**
- **CASO N° 0067-2022-CTVC/HVC**
- **CASO N° 0068-2022-CTVC/HVC**
- **CASO N° 0069-2022-CTVC/HVC**
- **CASO N° 0070-2022-CTVC/HVC**

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos 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 Daza
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. HUANCVELICA: 942153032
Telf. LIMA: 951864589

CASO

N° 0069-2022-CTVC/HVC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	03/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	CURIPACO HUILLCAS MOISES		3. NÚMERO-DNI:	45872857
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	03/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	HUANCVELICA	8. PROVINCIA:	TAYACAJA	
9. DISTRITO:	HUARIBAMBA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	BARRIO CHUCMAY	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	60006348-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	1	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

Mediante llamada telefónica, se registró en Ficha de Atención A-044-2022-HVC-D, el punto crítico descrito a continuación: **(Ver anexo 01)**.

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

Al respecto; la Sra. Gloria Alcida Alvarado Huarcaya, identificada con DNI N° 45022871, refirió que su menor hijo de iniciales A.G.R.A. con DNI N° 60006348, tiene discapacidad severa **(Ver Anexo 02)**, su hogar tiene condición de pobre extremo **(Ver Anexo 03)**, y no recibe pensión alguna del estado; por lo que su menor hija estaría cumpliendo con los requisitos para ser usuaria del programa CONTIGO; asimismo manifestó que en varias ocasiones se apersonó a la OMAPEP de la Municipalidad de Huaribamba, y no le brindaron información para iniciar su proceso de afiliación al programa.

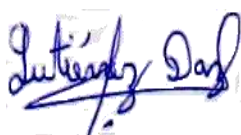
IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Realice las indagaciones del punto crítico alertado y de comprobarse el hecho, nos informe sobre las medidas adoptadas y acciones para la solución del caso.

- El menor de iniciales A.G.R.A. estaría cumpliendo con los requisitos para ser usuaria del programa CONTIGO; ante ello, es indispensable que el programa, propicie la articulación entre las instituciones, sectores y el gobierno en todos sus niveles, para establecer vinculación entre sí y complementar capacidades, así como alinear objetivos y acciones con la finalidad de disminuir los casos de sub cobertura.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

1. Una (01) Copia de la Ficha de Atención N° A-044-2022-HVC-D. (01 folio).
2. Una (01) Captura de pantalla del Certificado médico (02 folio)
3. Una (01) Captura de pantalla de la Clasificación Socioeconómica (01 folio)



Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional

1. Una (01) Copia de la Ficha de Atención N° A-044-2022-HVC-D.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-044-2022-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 (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSION 65 () QALI WARMA () SISFOH ()		2. FECHA de REGISTRO: 03 / 11 / 2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		ALVARADO HUARCAYA GLORIA ALCIDA		4. Documento-DNI: 45022871	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		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: 03 / 11 / 2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		HUANCAVELICA		19. Provincia: TAYACAJA	
20. Distrito:		HUARIBAMBA		21. CCPP/Dirección: BARRIO CHUCMAY	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUANTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando sea más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). CUÉNTENOS SOLO LOS PRESENTES O POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE PUEDE SER LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO VA POR OTROS PRESENTES O AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿CÓMO HICISTE EL PRECISADO HASTA AHORA PARA RESOLVER? En el distrito de Huaribamba mediante llamada telefónica, nos informaron acerca de unas posibles dificultades que estarían presentando los usuarios de los programas sociales como es el caso del programa Contigo. Al respecto, la Sra. Gloria Alcida Alvarado Huarcaya, identificada con DNI N° 45022871, señaló que su menor hijo de iniciales A.G.R.A., con DNI N° 60006348, tiene discapacidad severa y su hogar tiene condición de pobreza extrema, y no recibe ninguna pensión de parte del estado; por lo que su menor hija estaría cumpliendo con los requisitos para ser usuaria del programa CONTIGO; asimismo, manifestó, que en varias ocasiones se apersonó a la OMAPEP de la Municipalidad de Huaribamba, y no le brindaron ninguna indicación para iniciar su proceso de afiliación al programa. Finalmente, el Sr. Gloria Alcida, pide que su menor hija sea atendida en la brevedad posible debido a que cumple con los requisitos principales y sea atendida a través de este beneficio y evite inconvenientes que puedan aquejar a la usuaria, y además de acceder a estos servicios que el Estado viene brindando.					
23. TIPO de ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS:	
25. Docs. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimto () 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) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES APELLIDOS: MOISES CURIPACO HUILLCAS DNI: 45872857 CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO			 NOMBRES APELLIDOS: GLORIA ALCIDA ALVARADO HUARCAYA DNI: 45022871 CARGO:		

2. Una (01) Captura de pantalla del Certificado médico

23/6/22, 9:41

Certificado de Discapacidad: 00412006



PERÚ

Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud	Nro.: 00412006 00004074 - HOSPITAL DE PAMPAS
--------------------------	---

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

ROJAS ALVARADO, ALAN GUILLERMO

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
Masculino	Años	Meses	60006348	DNI/LE 60006348	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
Huancavelica / Tayacaja / Huaribamba			BARRIO CHUCUMAY			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
Huancavelica / Tayacaja / Huaribamba			BARRIO CHUCUMAY			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			Si			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Retraso mental moderado, otros deterioros del comportamiento	F718	Historia personal de malformaciones congénitas, deformidades y anomalías cromosómicas	Z877

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	4
De La Comunicación	2
Del Cuidado Personal	1
De La Locomoción	0
De La Disposición Corporal	0
De La Destreza	3
De Situación	0

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 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

- ☐ Para marcha y transporte
- ☐ Para comunicación, información y señalización

Personales

- ☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

- ☐ Dependencia de otra persona

No requiere

- ☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

66,66 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

CONTROL PERIÓDICO POR SERVICIO DE PSIQUIATRÍA

Se recomienda su reevaluación en **48 meses** desde la fecha de expedición.El certificado tiene una vigencia de **48 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JIRÓN BOLIVAR S/N S/N JR. BOLIVAR 23 de
S/N PAMPAS TAYACAJA Junio de
HUANCAVELICA 2022
Huancavelica - Tayacaja - Pampas

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

QUISPILEYA VALDEZ, DANNY ABEL

N° CMP

071263

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA



 Dr. Danny Quispilaya Valdez
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 71263

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO



 Dr. Danny Quispilaya Valdez
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 71263

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO


 GOBIERNO REGIONAL HUANCAMELICA
 HOSPITAL DE PAMPAS TAYACAJA
 Mg. Trilka Ordoñez Muñoz
 DIRECTORA EJECUTIVA

¿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

3. Una (01) Captura de pantalla de la Clasificación Socioeconómica

RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOMBRES:ALAN GUILLERMO APELLIDOS:ROJAS ALVARADO FECHA DE NACIMIENTO: 29-APR-07 SEXO:HOMBRE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 7244498
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 60006348
APELLIDO PATERNO: ROJAS
APELLIDO MATERNO: ALVARADO
NOMBRES: ALAN GUILLERMO
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 29/04/2007
HOGAR ESTADO: VIGENTE
FECHA EMPADRONAMIENTO: 03/12/2019

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: HUANCavelica
PROVINCIA: TAYACAJA
DISTRITO: HUARIBAMBA
UBIGEO: 090709
CENTRO POBLADO: HUARIBAMBA
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: OTRO, BARRIO CHUCMAY NRO. PUERTA SN PISO.01
REFERENCIA DE DOMICILIO: A TRES CUADRAS DE LA PLAZA
TIPO DE CARGA: PSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 04/12/2019
FECHA VIGENCIA FINAL: 04/12/2023
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE EXTREMO (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 16263753

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	31676364	ROJAS	FRETEL		GUILLERMO	MASCULINO	08-JUN-75
2	45022871	ALVARADO	HUARCAYA		GLORIA ALCIDA	FEMENINO	10-MAY-81
3	60006348	ROJAS	ALVARADO		ALAN GUILLERMO	MASCULINO	29-APR-07
4	60383071	ROJAS	ALVARADO		HUBER JAVIER	MASCULINO	28-DEC-08

https://sigof.sisfoh.gob.pe/consulta_hogares_ULE/busqueda_print.php

1/2