

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AREQUIPA
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional "

Arequipa, 23 de agosto del 2022

OFICIO N° 0055-2022-CTVC/AREQUIPA

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

Asunto:

Asunto: Se ALERTA (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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 realizada por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0074-2022-CTVC/ARE
- CASO N° 0075-2022-CTVC/ARE

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente



.....
Lic. Jéssica Dilú Valdivia Huamaní
Responsable Regional Arequipa

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

Teléfono Arequipa: 942157595 Teléfono Nacional: 945095602	CASO	N° 0074-2022-CTVC/ARE
--	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	15/08/2022
-----------------	---------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	ESPINOZA CHOCARI YANET ROSMERY	3. NÚMERO-DNI:	40911101
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE ATICO	5. CARGO:	VICEPRESIDENTE

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

6. FECHA DE OCURRENCIA:	15/08/2022		
7. DEPARTAMENTO:	AREQUIPA	8. PROVINCIA:	CARAVELI
9. DISTRITO:	ATICO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	C.P ATICO/CALLE GARCILAZO DE LA VEGA 317
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	30487969-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

El 15/08/2022 en el marco de las acciones de vigilancia del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Atico, se registró el siguiente punto crítico:

1. **NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION / DESAFILIACION / REINCORPORACION.** El Sr. Hubert Antonio Sánchez Ibarra, identificado con DNI N° 30487969, de 54 años de edad, potencial usuario del programa Contigo, presentó su solicitud de afiliación al Programa Contigo en el mes de febrero del 2021, desde entonces acude constantemente a la Oficina de la OMAPED de la Municipalidad Distrital de Atico para consultar el estado de su trámite, no obteniendo respuesta alguna. En comunicación con responsable de OMAPED en mención, corrobora lo manifestado por el potencial usuario e indica que se envió el **Oficio N° 031-2021- MDA**, de fecha 26 de febrero del 2021, con expediente de afiliación de 03 personas, señalando que a la fecha 2 personas siguen en espera 1 persona falleció.

El Sr. Hubert Sánchez, es una persona con discapacidad física severa, con parálisis de la mitad del cuerpo, no puede realizar ninguna actividad, ni trabajar; se encuentra al cuidado de su madre que es una persona de avanzada edad que sufre de dolencias propias de su edad, dificultad que le impide ejecutar sus actividades diarias; las dos personas sobreviven de una propina que les hace llegar un familiar, la misma que es insuficiente para cubrir sus gastos, por lo que solicita su incorporación al Programa Contigo, por ser una persona en situación de vulnerabilidad que requiere del subsidio económico para satisfacer sus necesidades primordiales y mejorar su calidad de vida.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos del Programa Contigo, se solicita:

- a) Se agilice el trámite de incorporación al programa de potencial usuario por la situación de pobreza y vulnerabilidad en el que se encuentran.
- b) Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (04)

1. Ficha de Atención A-005-2022-ARE-D (01 folio).
2. Captura de pantalla de consulta usuarios (01 folio).

3. Cargo de expediente de afiliación de potencial usuario (02 folios)

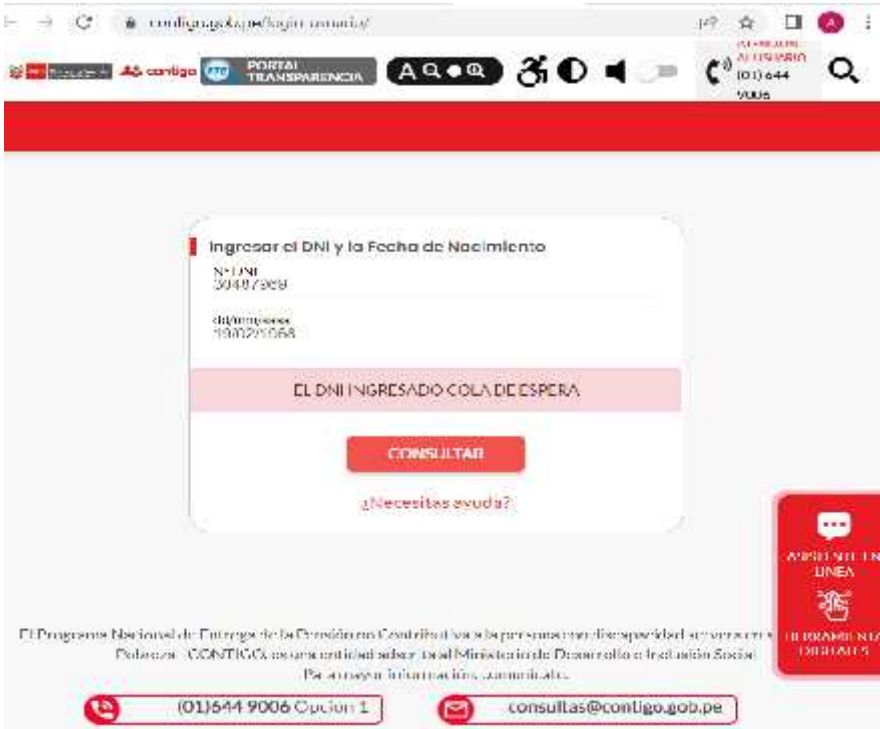


.....
Jéssica Dilú Valdivia Huamaní
Resposable Regional Arequipa

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:	JUNTOS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () CUNA MÁS () CONTIGO (X) FONCODES () PAIS ()	2.FECHA de REGISTRO:	15/08/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)			
3. Apellidos Nombres:	ESPINOZA CHOCARI YANET ROSMERY	4. Documento-DNI:	40911101
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:	13/07/1980
7. Es Usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ / NO (X)	8. Tiempo Residencia:	(-) MESES
9. Correo Electrónico:	-----	10. Telef. Personal:	982718164
11. Institución/Cargo:	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA ATICO/VICEPRESIDENTE	12. Telf. Institucional:	-----
13. Departamento:	AREQUIPA	14. Provincia:	CARAVELI
15. Distrito:	ATICO	16. CCPP/Dirección:	C.P ATICO/ AAHH LAS LOMAS DE LA FLORIDA
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:			17.FECHA OCURRENCIA: 15/08/2022
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:			
18. Departamento:	AREQUIPA	19. Provincia:	CARAVELI
20. Distrito:	ATICO	21. CCPP/Dirección:	C.P ATICO
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>El Sr. Hubert Antonio Sánchez Ibarra, identificado con DNI N° 30487969, de 54 años de edad, potencial usuario del programa Contigo, es una persona con discapacidad severa física, con parálisis de la mitad del cuerpo, no puede realizar ninguna actividad y trabajar, esta al cuidado de su madre que es una persona de avanzada edad que sufre de dolencias propias de su edad, por lo que le dificulta realizar sus actividades diarias, las dos personas sobreviven de una propina que les hace llegar un familiar, que es insuficiente para cubrir sus gastos, por lo que solicita su incorporación al Programa Contigo, por ser una persona con discapacidad severa y en estado vulnerable, que requiere del subsidio económico para satisfacer sus necesidades primordiales.</p> <p>El Sr. Hubert manifiesta que inició su trámite de afiliación al programa Contigo en el mes de febrero del 2021 y a la fecha no tiene respuesta, y responsable de OMAPED le indica que esta en cola de espera.</p>			
23.TIPO DE ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido (x) Reclamo () Queja () Denuncia ()	24.TOTAL FOLIOS:	3
25.Dctos. ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () 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	
<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: YANET ROSMERY ESPINOZA CHOCARI DNI: 40911101 CARGO: vicepresidente CL Atico</p>		<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: Hubert Antonio Sánchez Ibarra DNI: 30487969 CARGO: Potencial Usuario</p>	

ANEXO 02: CAPTURA DE PANTALLA DE CONSULTA USUARIOS.



ANEXO 03: FOTOGRAFIA DEL POTENCIAL USUARIO.



ANEXO 04: CARGO DE EXPEDIENTE DE AFILIACIÓN DE POTENCIAL USUARIO



Municipalidad Distrital de Atico

CARAVELI - AREQUIPA
RUC: 20212025179



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Atico, 26 de febrero del 2021.

OFICIO Nº 031-2021 - MDA.

Señora:
DIANA ELIZABETH PRUDENCO GAMIO
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa
en Situación de Pobreza - CONTIGO.
Av. Faustino Sánchez Carrion N° 417,
Magdalena Del Mar - Lima.

Asunto: Expediente para **Afiliación Y Autorización** al Programa Nacional CONTIGO.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarlo cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Atico que represento y a la vez remitir la solicitud de **Afiliación Y Autorización** de la pensión de usuarios menores de edad y mayores de edad que no pueden expresar su voluntad del Programa Nacional CONTIGO a fin de que se pueda iniciar con el trámite correspondiente para su aprobación.

Respecto a ello, remito adjunto al presente **03** expedientes en **07** folios, los cuales se detallan a continuación:

Nº	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FOLIOS
01	AREQUIPA	CARAVELI	ATICO	Lenin Pérez Zuniga	46341818	01 A/ 02
02	AREQUIPA	CARAVELI	ATICO	Hubert Antonio Sánchez Barra	30487969	03 A/ 04
03	AREQUIPA	CARAVELI	ATICO	Rosa Pilar Quispehuaman Anco	48737175	05 A/ 07

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarse con el responsable de la **OMAPED**, el señor **Olin Jesús Cuadros Sivíncha** al teléfono **943895305** y al correo electrónico omapedatco@gmail.com. Comunico a su vez los datos del alcalde sr. **Mauro Milton Medina Urday** con correo electrónico: msuliatco@hotmail.com con número de teléfono 054-512035.

Esperando la atención en beneficio de los usuarios, aprovecho la oportunidad para expresarle mis sentimientos de especial consideración y estima personal.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,




Mauro Milton Medina Urday
ALCALDE
MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE ATICO



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional de Cobertura de la Pensión por Vejez de la Población con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - COPIGEO

FORMATO PC 1000

FECHA: 26-02-2021

PROCEDIMIENTO DE:

AFILIACIÓN

AUTORIZACIÓN DE COBRO

RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 30467969 1.2 DEPARTAMENTO: AREQUIPA
 1.3 PROVINCIA: CARAVELI 1.4 DISTRITO: ATICO
 1.5 DIRECCIÓN: GARCILARO DE LA VEGA N°311 1.6 REFERENCIA: COSTADO HOTEL Alicia
 1.7 APELLIDO PATERNO: SANCHEZ
 1.8 APELLIDO MATERNO: IBARRA
 1.9 NOMBRES: HUERTAMONTONIO
 1.10 CORREO ELECTRÓNICO: 1.11 TELÉFONO (CELULAR): 956582766

Expreso mi consentimiento para que el Programa COPIGEO sea, en el marco de las 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 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, y en su defecto las observaciones que se formularán sean notificadas 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 distrital de su jurisdicción (DINAFED, UJE u otros).

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (en caso que sea titular de la persona con discapacidad menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI: 2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: MADRID MADRIZ OTRO(X) _____
 2.3 APELLIDO PATERNO:
 2.4 APELLIDO MATERNO:
 2.5 NOMBRES:
 2.6 CORREO ELECTRÓNICO: 2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

- No declaro que realice tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que reside con ella en la misma vivienda.
- 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 (alcalí, alimentación, movilidad, entre otros).
- Expreso mi consentimiento para que el Programa COPIGEO sea, 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 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 y en su defecto las observaciones que se formularán, sean notificadas 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 distrital de su jurisdicción (DINAFED, UJE u otros).
- En caso de constatar 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.º de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32.º de la Ley N°27044).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE

