

**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 CASOS<sup>1</sup>:

- 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

---

<sup>1</sup> 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° 0075-2022-CTVC/ARE
--	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	18/08/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>			
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
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	18/08/2022
7. DEPARTAMENTO:	AREQUIPA	8. PROVINCIA:	CARAVELI
9. DISTRITO:	ATICO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	C.P ATICO/CALLE SAN PEDRO S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURIA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	30487577-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>			

El 18/08/2022 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. Manuel Arias Bustamante, identificado con DNI N° 30487577, de 59 años de edad, potencial usuario del programa Contigo, presento su solicitud de afiliación al programa Contigo en el mes de agosto 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, corrobora lo manifestado por el potencial usuario e indica que se envió el **oficio N° 0094-2021-MDA**, de fecha 03 de agosto del 2021 donde se adjunta los documentos correspondientes para su afiliación.

El Sr. Manuel Arias, es una persona con discapacidad severa de poliomiélitis, no tiene movimientos de sus miembros inferiores por lo que le dificulta realizar sus actividades, además padece de dolencias de espalda y brazos muy seguidos; desde el inicio de la pandemia vive con sus dos padres adultos mayores en una casa prestada, quienes se dedican a juntar agua para venderla, anteriormente el Sr. Manuel Arias vivía en la chacra y se dedicaba a cortar alfalfa, esporádicamente realiza ese trabajo para cubrir algunos gastos del hogar, los cuales son insuficientes 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 en situación pobreza y vulnerabilidad en el que se encuentra.
- 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-006-2022-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:	18/08/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b> 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
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>			17.FECHA OCURRENCIA: 18/08/2022
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>			
18. Departamento:	AREQUIPA	19. Provincia:	CARAVELI
20. Distrito:	ATICO	21. CCPP/Dirección:	C.P ATICO
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>			
<b>22.</b> 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. Manuel Arias Bustamante, identificado con DNI N° 30487577, de 59 años de edad, potencial usuario del programa Contigo, es una persona con discapacidad severa de poliomielitis, no tiene movimientos de sus miembros inferiores por lo que le dificulta realizar sus actividades, además padece de dolencias de espalda y brazos muy seguidos, desde el inicio de la pandemia vive con sus dos padres adultos mayores en una casa prestada, quienes se dedican a juntar agua y vender, anteriormente vivía en la chacra y se dedicaba a cortar alfalfa, esporádicamente realiza ese trabajo para cubrir algunos gastos del hogar, que son insuficientes 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.</p> <p>El Sr. Hubert manifiesta que inició su trámite de afiliación al programa Contigo en el mes de agosto 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: Manuel Arias Bustamante DNI: 30487577 CARGO: Potencial Usuario</p>	

ANEXO 02: CAPTURA DE PANTALLA DE CONSULTA USUARIOS.



ANEXO 03: FOTOGRAFIA DEL POTENCIAL USUARIO.





# Municipalidad Distrital de Atico

CARAVELI - AREQUIPA

RUC: 20212025179



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Atico, 03 de agosto del 2021.

OFICIO N° 94-2021-MDA.

Señora:  
Diana Elisabeth Prudencio 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 Carrón N° 417,  
Magdalena Del Mar - Lima.

Asunto: Expediente para **SOLICITAR AFILIACIÓN**  
al Programa Nacional CONTIGO.

Tengo el agrado de dirigirme a usted, a fin de saludarlo cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrital de Atico, Provincia De Caraveli, Departamento De Arequipa que represento y a la vez remitir la **solicitud de afiliación** de potencial usuario al Programa Nacional CONTIGO a fin de que se pueda iniciar con el trámite correspondiente para su aprobación.

Respecto a ello, remito adjunto al presente **01** expedientes en **02** folios, los cuales se detallan a continuación:


N°	REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	FOLIOS
01	AREQUIPA	CARAVELI	ATICO	MANUEL ARIAS BUSTAMANTE	80487577	Del 1 al 2

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarme con el responsable de la OMAPEO, el señor **Olin Jesús Cuadros Silescha** al teléfono **943895305** y al correo electrónico **ocaparedico@gmail.com**.  
Comunico a su vez los datos del alcalde sr. **Mauró Milton Medina Urday** con correo electrónico: **mucardico@hotmial.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



FORMATO PC 1000

FECHA: 03/08/2022 PROCEDIMIENTO DE:  AFILIACION  AUTORIZACION DE COBRO  RENOVACION

1. INFORMACION DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (completar con letra mayuscula)

1.1 DNI: 874187573 1.2 DEPARTAMENTO: AREQUIPA 1.3 PROVINCIA: CARAVELLI 1.4 DISTRITO: ATILLO 1.5 DIRECCION: CALLE SAN PEDRO 5/N 1.6 RESIDENCIA: FSOVERA SEAL 1.7 APELLIDO PATERNO: ARIAS 1.8 APELLIDO MATERNO: BUSTAMANTE 1.9 NOMBRE: MARIJUEL 1.10 CORREO ELECTRONICO: 1.11 TELEFONO (CELULAR): 9164444000

1.12 AGREGA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD:  SI  NO

2. INFORMACION DEL/DE LA AUTORIZADO/A (solo en caso que se solicite de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o incapacitada en algunas actividades)

2.1 DNI: 2.2 RELACION DE PARENTESCO:  PADRE  MADRE  OTRO: 2.3 APELLIDO PATERNO: 2.4 APELLIDO MATERNO: 2.5 NOMBRE: 2.6 CORREO ELECTRONICO: 2.7 TELEFONO:

2.8 DECLARACION JURADA PARA AUTORIZACION 1. Yo declaro que todas las informaciones de origen y contenido de la presente son veraces y que no existen datos falsos en la misma. 2. Declaro las responsabilidades que surgen al solicitar la autorizacion de cobro de la persona con discapacidad severa, y estar en conocimiento de todas las normas vigentes para el pago de las prestaciones de la Tarjeta Social de Cobro de la Tarjeta Social, administracion, modificacion, entre otras. 3. Expreso mi consentimiento para que el Programa (RNPPTS) sea, en el marco de sus funciones, los datos personales, fundamentalmente para la atención de la actividad involucrada en el tratamiento de datos personales, que en algunos casos conlleva tener acceso, por lo que doy mi consentimiento para el acceso a base de datos personales, en sus políticas o privacidad, incluyendo otras similares. 4. Asumo que el resultado de la presente solicitud, como también la inscripción de cobros en el sistema de cobros de la Tarjeta Social, son verificados a la Dirección de Cobros de la Tarjeta Social y a la Unidad de Cobros de la Tarjeta Social en el presente formulario de Solicitud, y a la Municipalidad distrital de su jurisdicción (RNPPTS) (S2) o similar. 5. Se hace la comprensión que las autorizaciones y declaraciones de responsabilidades en la presente solicitud no corresponden a la solicitud y pago de la Tarjeta Social, me reservo el derecho de recurrir a los procedimientos administrativos, civiles y penales correspondientes (Artículo 10, numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 13, numeral 12.3 de la Ley N° 27122).

FIRMA DEL/DE LA DECLARANTE MUELLA DIGITAL DEL/DE LA DECLARANTE

