

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL APURIMAC**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Apurímac, 09 de junio de 2023

**OFICIO N° 0053-2023-CTVC/APURIMAC**

Señor

**JULIO MENDIGURE FERNANDEZ**

Director Ejecutivo (e)

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

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

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 siguiente CASO<sup>1</sup>:

- CASO N° 0098-2023-CTVC/APU

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,

.....  
**Guerson Yovani Paliza Pinto**  
Responsable Regional

---

<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 Abancay: 942160032<br>Teléfono Nacional: 951864589                   |  | CASO                                                 |  | N° 0098-2023-CTVC/APU                                                 |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                              |  | CONTIGO                                              |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 09/06/2023                                      |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:                               |  |                                                      |  |                                                                       |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                         |  | CHACAS CACERES NOEMI ROSARIO                         |  | 3. NÚMERO-DNI: 46038697                                               |  |
| 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: 08/06/2023                                    |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                              |  | APURÍMAC                                             |  | 8. PROVINCIA: CHINCHEROS                                              |  |
| 9. DISTRITO:                                                                  |  | OCOBAMBA                                             |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: SANTA ROSA ALTA                                   |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                     |  | GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA  |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 31470092-POTENCIAL USUARIO |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                    |  | 01                                                   |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico                     |  |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):                      |  |                                                      |  |                                                                       |  |

Durante las acciones de veeduría realizadas por el miembro del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** Se registró el reclamo de la Sra. **Sabina Mendoza Ramos**, con DNI N°**31470092**, quien refiere haber solicitado afiliación en la oficina de Omaped de la Municipalidad de Ocobamba, recibiendo como respuesta del responsable de la oficina de Omaped; que no podía ser beneficiaria del programa Contigo por ser usuaria del programa Juntos, sin embargo, la mencionada cumple con los requisitos que exige el programa (ver anexos), con condición socio económica de pobre extremo vigente hasta 17/05/2025, vive en condiciones precarias, razón por la cual también solicita la afiliación al programa Contigo.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar lo indicado en la **DIRECTIVA N°2022-MIDIS/-MIDIS/PNPDS-DE “GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA”** Numeral 6. **PROCESO DE GESTIÓN DE LA AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA** 6.1. **DISPOSICIONES GENERALES** 6.1.1. Existen dos modalidades para la postulación al Programa CONTIGO: a) De parte: A través de la cual, la persona con discapacidad severa u otro en representación de la primera, presenta una solicitud de afiliación al Programa CONTIGO, iniciando el proceso de afiliación. b) De oficio: A través de la cual, el Programa CONTIGO, u otra entidad, identifica a la persona con discapacidad severa, y promueve que ésta inicie el proceso de afiliación. 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 - EsSALUD; c) Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.

**6.2.2. VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD PARA ACCEDER AL PROGRAMA CONTIGO** La/el Especialista en Elaboración de Padrón o quien haga sus veces, empleará como código único de identificación el Documento Nacional de Identidad – DNI o el Carnet de Extranjería – CE, para verificar el cumplimiento de cada uno de los requisitos de elegibilidad para acceder al Programa CONTIGO, precisados en el numeral 6.1.2

- Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho.

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

1. Anexo 01: Ficha de atención N°029-2023-APU-D
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: fotos de DNI
4. Anexo 04: Captura pantalla de carnet de discapacidad
5. Anexo 05: Captura de estado de trámite



**Yudy Chacón Delgado**  
Responsable de Campo

## ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-029-2023- D

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|------------------|
| COMITÉ DE TRANSPARENCIA<br>Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | <b>FICHA DE ATENCIÓN</b>                                                                                             |                                                                                     | FICHA N° <u>A-029-2023-D</u>        |                  |
| 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<br>-LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-                                                                                                                  |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| 1.PROGRAMA pon X:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | CONTIGO (X) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( )<br>PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) SISFOH ( )                |                                                                                     | 2.FECHA de REGISTRO: 09/ 06 /2023   |                  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: <i>De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| 3. Apellidos Nombres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | Mendoza Ramos Sabina                                                                                                 |                                                                                     | 4. Documento-DNI: 31470092          |                  |
| 5. Sexo (Género):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Masculino ( ) Femenino (X)                                                                                           |                                                                                     | 6. Fecha-Nacimiento:                |                  |
| 7. Es Usuario(a)?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | SI ( ) Fecha Afiliación: / / NO (X)                                                                                  |                                                                                     | 8. Tiempo Residencia: ( ) MESES     |                  |
| 9. Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                      |                                                                                     | 10. Telef. Personal: 984046553      |                  |
| 11. Institución/Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                                                      |                                                                                     | 12. Telf. Institucional:            |                  |
| 13. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | APURÍMAC                                                                                                             |                                                                                     | 14. Provincia: CHINCHEROS           |                  |
| 15. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | OCOBAMBA                                                                                                             |                                                                                     | 16. CCPP/Dirección: SANTA ROSA ALTA |                  |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                                                      |                                                                                     | 17.FECHA OCURRENCIA: 8/06/2023      |                  |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| 18. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | APURÍMAC                                                                                                             |                                                                                     | 19. Provincia: CHINCHEROS           |                  |
| 20. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | OCOBAMBA                                                                                                             |                                                                                     | 21. CCPP/Dirección: CERCADO         |                  |
| B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| <p><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.</p> <p>PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p> |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| <p>Se registró el reclamo de la Sra. Sabina Mendoza Ramos, con DNI N°31470092, quien refiere haber solicitado afiliación en la Municipalidad de Ocobamba, recibiendo como respuesta que no puede ser beneficiaria por ser usuaria del programa juntos, sin embargo, la mencionada cumple con los requisitos que exige el programa.</p>                                                                                                           |  |                                                                                                                      |                                                                                     |                                     |                  |
| 23.TIPO d ATENCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo (X) Queja ( ) Denuncia ( )                                            |                                                                                     |                                     | 24.TOTAL FOLIOS: |
| 25.Dctos. ADJUNTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) 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) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL |                                     |                  |
| NOMBRES APELLIDOS: NOEMI ROSARIO CHACAS CACERES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      | ..... NOMBRES APELLIDOS:                                                            |                                     |                  |
| DNI: 46038697 CARGO: PRESIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      | DNI: CARGO:                                                                         |                                     |                  |

| N° | TIPO DOC | DNI      | NOMBRE  | PRIMER APELLIDO | SEGUNDO APELLIDO | APELLIDO DE CASADA | FECHA NACIMIENTO | EDAD | RESTRICCIÓN     |
|----|----------|----------|---------|-----------------|------------------|--------------------|------------------|------|-----------------|
| 1  | DNI      | 31470092 | SABINA  | MENDOZA         | RAMOS            |                    | 29/08/1961       | 61   | SIN RESTRICCIÓN |
| 2  | DNI      | 31478808 | EUSEBIO | HUACRE          | CORONADO         |                    | 17/12/1956       | 66   | SIN RESTRICCIÓN |

**REPUBLICA DEL PERU** REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL **CUI**

**DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI 31470092 - 4**

|                                                                                     |                                   |                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------------|
|  | Primer Apellido<br><b>MENDOZA</b> | Fecha Inscripción<br>04 04 1998      |
|                                                                                     | Segundo Apellido<br><b>RAMOS</b>  | Fecha Emisión<br>16 11 2022          |
|                                                                                     | Pre Nombres<br><b>SABINA</b>      | Fecha Caducidad<br><b>N.O CADUCA</b> |
|                                                                                     |                                   |                                      |

Nacimiento: Fecha y Ubicación  
29 08 1961 030703

Sexo Estado Civil  
F C



#### Anexo 04: Certificado de discapacidad

República del Perú  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

05598-2013

Apellidos:  
**MENDOZA RAMOS**

Nombres:  
**SABINA**

DNI: 31470092

Discapacidad (CIDDM-OMS):  
**Comunicación**

Diagnóstico (CIE 10):  
**H54.1**

DUPLICADO

**CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS**

**CONADIS**  
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

**RESOLUCIÓN 05598-2013**

El titular de este carnet se encuentra autorizado a usar gratuitamente el transporte público (Ley 30412).

|              |            |
|--------------|------------|
| Inscripción: | 30/04/2013 |
| Emisión:     | 14/12/2018 |
| Caducidad:   | 14/12/2028 |



**LIC. GHANDIRA LUCERO CASTRO VELA**  
Directora I (e) de la Sub Dirección de Registro

El presente carnet, es personal e intransferible.

Informes Av. Arequipa N° 375 Santa Beatriz - Lima 1

  


## Anexo 05: Captura de estado de trámite



PERU

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



PORTAL TRANSPARENCIA

A

Q

Q



ATENCIÓN AL USUARIO  
(01) 644 9006



INICIOPROGRAMA CONTIGO \*¿DÓNDE ESTAMOS? \*¿COMO SER USUARIO? \*

Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento \*

N° DNI

31470092

dd/mm/aaaa

29/08/1961

EL DNI INGRESADO NO HA PRESENTADO UNA SOLICITUD DE AFILIACION AL PROGRAMA CONTIGO. VERIFIQUE QUE EL N° DNI ESTE CORRECTO.

CONSULTAR

¿Necesitas ayuda?

ASISTENTE EN LINEA