

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Piura, 15 de setiembre de 2022

OFICIO N°0038-2022-CTVC/PIURA

Señora
Nancy Nerida Aucahuasi Dongo
Directora Ejecutiva
Programa 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0107-2022-CTVC/PIU
- CASO N° 0108-2022-CTVC/PIU
- CASO N° 0109-2022-CTVC/PIU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos 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



.....
Roberth Vidal Olemar Távara
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. SEDE PIURA: 942161607
Telf. SEDE LIMA: 951864589

CASO

N°0107-2022-CTVC/PIU

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	17/08/2022
------------------	---------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	CÓRODVA SOTOMAYOR FRANK JHONATAN	3. NÚMERO-DNI:	75822401
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	-----	5. CARGO:	-----

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

6. FECHA DE OCURRENCIA:		03/12/2021	
7. DEPARTAMENTO:	PIURA	8. PROVINCIA:	AYABACA
9. DISTRITO:	SUYO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	ZAPACILLAS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	75822401-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01

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

A través de la Ficha de Atención N.º A-005-2022-PIU-D, el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, recogió el reclamo de la Sr. Frank Córdova Sotomayor con DNI 75822401, identificándose el punto crítico descrito a continuación:

1. DESACUERDO CON DESAFILIACION (POSIBLE DESAFILIACION INJUSTA)

El Sr. Frank Córdova Sotomayor con DNI 75822401, manifestó que, aproximadamente hasta el mes de diciembre del año 2021 (padrón VI – 2022), fue usuario del programa Contigo, sin embargo, para el padrón I -2022, figuró como desafiado. Al indagar respecto a su desafiación, se enteró por la Responsable de la OMPAED que fue desafiado porque según el programa el **ya no sería una persona con discapacidad severa**. De lo descrito, el Sr. Frank Córdova muestra su total disconformidad con el motivo de su desafiación ya que la enfermedad que el padece es irreversible y en consecuencia siempre dependerá de una silla de ruedas para poder trasladarse. Recalca que esto se puede corroborar con los Certificados de Discapacidad 00388601 y 00083428, emitidos el 18/04/2022 y 10/12/2017, respectivamente. De lo descrito, el Sr. Frank Córdova solicita su reincorporación inmediata como usuario del programa, ya que considera injusta esta desafiación.

Indicar que el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana el día 20 de agosto del año 2022, consultó a través de las herramientas digitales del programa Contigo la situación del Sr. Frank Córdova y se pudo evidenciar que el mencionado Sr. Ha sido desafiado del programa por el motivo "No cumple requisito 1 – No PCDS.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se revise la situación del Sr. Frank Córdova y de corresponder aplicar oportunamente los mecanismos pertinentes, a fin de que se reincorpore inmediatamente al usuario, considerando que los certificados de discapacidad que adjunta indican que el Sr. En mención es una persona con una Discapacidad Severa.


V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 07)

1. Copia de Ficha de Atención N.º A-005-2022-PIU-D (01 folio).
2. Pantallazo de la Consulta Web del programa Contigo (01 folio).
3. Una (01) Fotografía del Sr. Frank Córdova. (01 folio).
4. Una copia de Certificado de discapacidad 00388601 (02 folios)
5. Una Copia del Certificado de Discapacidad 00083428 (02 folios).



.....
Roberth Vidal Olemar Távara
Responsable Regional

1. Copia de Ficha de Atención N.º A-005-2022-PIU-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N.º _____	
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 () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()	2. FECHA de REGISTRO: ____/____/____		
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		Cordova Solomayor Frank Jonathan		4. Documento-DNI: 75822401	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento: 30-04-1994	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO ()		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:		10. Telef. Personal:			
11. Institución/Cargo:		12. Telf. Institucional:			
13. Departamento:		Píura		14. Provincia: Ayabaca	
15. Distrito:		Suyo		16. CCPP/Dirección: Casatio Zapadillas	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: ____/____/____	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		Píura		19. Provincia: Ayabaca	
20. Distrito:		Suyo		21. CCPP/Dirección: Casatio Zapadillas	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIENES 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 presente es para poner en conocimiento que el joven Frank Jonathan Cordova Solomayor identificado con DNI 75822401, quien reside en el departamento de Píura, Provincia Ayabaca, Distrito de Suyo y quien es una persona con Discapacidad Severa con N.º de certificado de Discapacidad 83428, siendo certificado desde el 10-12-2017, esta persona fue usuario del programa Contigo, siendo el padrón VI-2017 el último en el cual se le abono siendo retirado del programa según nos indican a través de correo electrónico, al joven no se encuentra como persona con Discapacidad en el listado del MINSU, se pide al programa realizar las verificaciones correspondientes en el MINSU ya que el joven es una persona con Discapacidad Severa y lo puedan reincorporar al programa CONTIGO.</p>					
23. TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () 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) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____			 NOMBRES APELLIDOS: Frank Jonathan Cordova Solomayor DNI: 75822401 CARGO: _____		

2. Pantallazo de la consulta realizada a la web del programa Contigo

4:35 PM Vo LTE 4G 62

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social **contigo**

Número de pensiones recibidas **15** | **Último padrón abonado** **PADRON 6-2021**

Última Actualización:
20/08/2022

Estado en el Padrón: DESAFILIADO
Motivo: NO CUMPLE REQUISITO NO PCDS

Región / Provincia / Distrito / Centro Poblado: PIURA/AYABACA/SUYO/ZAPACILLAS
Dirección: OTRO. ZAPACILLAS NRO. PUERTA SN PISO.01
Clasificación Socioeconómica: POBRE EXTREMO

Última visita: 25/julio/2020

HERRAMIENTA DIGITALES



Brindamos una pensión no contributiva a personas en condición de discapacidad severa y que se encuentren en situación de pobreza, con la finalidad de elevar su calidad de vida.

Atención ciudadana

- Alertas
- Denuncias Anticorrupción
- Directorio

3. Fotografía del Sr. Frank Córdova.



4. Certificado de Discapacidad 00388601 de fecha 18/04/2022.

18/4/22, 16:48

Certificado de Discapacidad: 00388601



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud	Nro.: 00388601 00001945 - SUYO
--------------------------	-----------------------------------

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
CORDOVA SOTOMAYOR, FRANK JHONATAN

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses		DNI/LE		
Masculino	27	11	75822401	75822401	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
Piura / Sullana / Sullana			Lima			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
Piura / Ayabaca / Suyo			CASERIO ZAPACILLAS			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				Sí		

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte	R262	Traumatismo de raíz nerviosa de la columna lumbar y sacra	S342
-	-	-	-

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	0
De La Comunicación	3
Del Cuidado Personal	5
De La Locomocion	5
De La Disposicion Corporal	5
De La Destreza	5
De Situacion	1

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	
<input type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente	<input checked="" type="checkbox"/> Para marcha y transporte
<input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo	<input type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización
Personales	
<input checked="" type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, cocinar y comer	<input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona
No requiere	
<input type="checkbox"/> No requiere	

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- %

¿Es diferido?: Sí

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Se recomienda su reevaluación en **60 meses** desde la fecha de expedición.

El certificado tiene una vigencia de **60 meses** desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. GUEPI- S/N - SUYO
Piura - Ayabaca - Suyo

18 de Abril de 2022

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MEDINA GAONA, YESENIA BREMILDA

N° CMP

61850

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA


Dra. Yesenia Medina Gaona
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 61850

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO


Dra. Katherine Azucena Celi Zapata
C.M.P. 099307
MEDICO JEFE C.S. SUYO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO


Dra. Katherine Azucena Celi Zapata
C.M.P. 099307
MEDICO JEFE C.S. SUYO

¿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)


Sí

5. Certificado de Discapacidad 00083428 de fecha 10/12/2017

10/12/2017

Certificado de Discapacidad: 00083428

silla de ruedas

 PERÚ Ministerio de Salud	Certificado de Discapacidad Aplicación de la ley N° 29973
---	---

Establecimiento de Salud	Nro.: 00083428 00001945 - SUYO
--------------------------	-----------------------------------

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Cordova, Sotomayor, Frank Jhonatan

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjería
Masculino	23	7	75822401	75822401	Carnet extranjería
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
PARAPLEJIA, NO ESPECIFICADA	G822	SECUELAS DE TRAUMATISMO DE LA MEDULA ESPINAL	T913

IV. DISCAPACIDAD			
De La Conducta	0	0	Sin limitación
De La Comunicación	3	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	5	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	5	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	5	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	5	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.
De Situación	1	6	La actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal

V. GRAVEDAD			
Sin Discapacidad	0	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve	1	1	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada	2-3	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	x 4-6	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

10/12/2017

Certificado de Discapacidad: 00088428

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES

De apoyo

Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

Para marcha y transporte

Para comunicación, información y señalización

Otros productos de apoyo

Personales

Para asearse, vestirse, cocinar y comer

Dependencia de otra persona

Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

35,09 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. GUEPI- S/N - 10 de Diciembre de
SUYO 2017
Piura - Ayabaca - Suyo

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
CURAY ROQUE, MIGUEL ARCANGEL	17277	

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. Miguel A. Curay ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y MEDICINA DEL DEPORTE MEDICINA FISICA Y REHABILITACION CMP 17277	 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TALLERES DE PROMOCION DE LA SALUD Dr. Kelvin Javier Zapata Garcia MEDICO JEFE CMP 59774	 DIRECCION REGIONAL DE SALUD TALLERES DE PROMOCION DE LA SALUD CERTIFICADO DE SALUD Dr. Kelvin Javier Zapata Garcia MEDICO JEFE CMP 59774

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