

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

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

Huánuco, 27 de junio de 2023

OFICIO N° 0149-2023-CTVC/HUANUCO

Sr.

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 CASO¹:

• **CASO N° 0149-2023-CTVC/HUA**

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



JUAN JOSE PARDAVE TREJO

Responsable Regional

¹Para 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 de Huánuco: 942161082 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 0108-2023-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 16/06/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		LORENZO SANTA CRUZ FIORELA LAURA		3. NÚMERO-DNI: 43820311	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL HUÁNUCO		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 16/06/2023	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA: YAROWILCA	
9. DISTRITO:		CAHUAC		10. CCPP/DIRECCIÓN: CAHUAC	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 80054292-POTENCIAL USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 16/06/2023, mediante llamada telefónica se realizó la entrevista a la ciudadana Mavila Espinoza Trinidad identificada con DNI N° 80054292, registrándose la información en la Ficha de Atención A-0015-2023-HUA-D, donde se identificó el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION / DESAFILIACION / REINCORPORACION.** - En entrevista realizada a la Sra. Mavila Espinoza Trinidad, manifestó que, en febrero del año 2022 presentó sus documentos a la oficina del OMAPED para solicitar su reincorporación al programa y que cada vez que realiza la consulta al responsable del OMAPED, ellos manifiestan que desconoce del tema debido que el trámite lo realizó la anterior responsable de OMAPED y que tiene que esperar la información que brinda el programa Contigo, que por el momento no puede dar ninguna información ya que la Plataforma USUARIO ALIADO está en mantenimiento. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 000115-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, "Gestión de la Afiliación a la Pensión no Contributiva" en el numeral 6.2.8 Reincorporación a la Pensión no Contributiva en el inciso i) que a la letra dice: "Aquella/aquel usuario/a desafiada/o del programa CONTIGO por una causa no atribuible a ella/él, podrá ser reincorporada/o de oficio al Padrón de Usuarios bajo control de la/el jefa/e de la Unidad de Operaciones y Transferencias".

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 000115-2022-MIDIS/PNPDS-DE "Gestión de la Afiliación a la pensión no Contributiva"**.
2. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que vienen implementando para la solución de la citada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Atención A-0015-2023-HUA-D (01 folio).
2. **Anexo N° 02:** Fotografía del Certificado de Discapacidad Severa (02 folios).

Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		FICHA N°: A-0015 -2023-HUA-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 CANALIZACION DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-					
1. PROGRAMA por X:		JUNTOS() PAIS () CONTIGO(x) PENSION 65 () QALIWARMA() CUNA MÁS () FONCODES ()		2. FECHA DE REGISTRO	
				16/06/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		ESPINOZA TRINIDAD MAVILA		4. Documento - DNI	
				80054292	
5. Sexo (Género):		Masculino (x) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento:	
				29/11/1974	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (X)		8. Tiempo Residencia:	
				Siempre	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	
				963720296	
11. Institucion/Cargo:		CIUDADANA		12. Telef. Institucional:	
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia:	
				YAROWILCA	
15. Distrito:		CAHUAC		16. CCPP/Dirección:	
				CAHUAC	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	
				16/06/2023	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	
				YAROWILCA	
20. Distrito:		CAHUAC		21. CCPP/Dirección:	
				CAHUAC	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son mas de 3 adjuntar listado con: Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA ¿ QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
El 16/06/2023, mediante llamada telefónica se realizó la entrevista a la ciudadana Mavila Espinoza Trinidad identificada con DNI N° 80054292, , manifestó que, en febrero del año 2022 presentó sus documentos a la oficina del OMAPED para solicitar su reincorporación al programa y que cada vez que realiza la consulta al responsable del OMAPED, ellos manifiestan que desconoce del tema debido que el trámite lo realizó la anterior responsable de OMAPED y que tiene que esperar la información que brinda el programa Contigo, que por el momento no puede dar ninguna información ya que la Plataforma USUARIO ALIADO está en mantenimiento.					
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()			24. TOTAL FOLIOS
					1
25. Dctos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI (X) DJ () Otros ()			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR DEL COMITÉ LOCAL)			(MIEMBRO		
			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES y APELLIDOS: MAVILA ESPINOZA TRINIDAD			NOMBRES y APELLIDOS:_____		
DNI: 80054292 CARGO: CIUDADANA			DNI:_____ CARGO:_____		

Anexo N° 02: Fotografía del Certificado de Discapacidad Severa

8-07

Certificado de Discapacidad: 00367956

PERU Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Nro: 00367956
0000055 - CHAVINKLO

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRE
ESPINOZA TRINIDAD, MAYILA

SEXO: Femenino EDAD: Años: 47 Meses: 1 N° R.C.: 80054292 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNILE 80054292 PAIS NACIMIENTO: PERU ETNIA: Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO-PROVINCIA): HUANUCO / YANAWILCA / CHACABAMBILLA DIRECCION RENIEC: PUEBLO DE BUENOS AIRES UBIGEO ACTUAL (DPTO-PROVINCIA): HUANUCO / YANAWILCA / CHACABAMBILLA DIRECCION ACTUAL: PUEBLO DE BUENOS AIRES ¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?: Si

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO DE: Parálisis Espinal CIE: G82.0 III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO: Poliomielitis aguda, sin otra especificación CIE: A00.0

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	1	0	sin limitación
De La Comunicación	0	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	3	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivo o ayuda
De La Locomoción	4	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	4	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4	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	5	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	4-5	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 5, 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
☐ Para comunicación, información y señalización
☒ Personal
☒ Para asistir: vestirse, comer y beber
☐ No requiere

☒ Para marcha y transporte
☒ Otros productos de apoyo
☒ Dependencia de otra persona

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
 - %: 100 ¿Es diferente?: Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
 NINGUNA

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. CHAVINKLO N° 360 24 de Enero de 2022
 Huanuco - Yanawilca - Chacabamba

PIECLA DIGITAL DEL INDOCE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA: SANTANA CRUZ, LUIS ENRIQUE N° CMP: 50762 N° RNE:

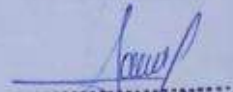
web.minsa.gob.pe/certificado/ver/423a720a-c25d-438f-9182-b42b61739d7/

Certificado de Discapacidad: 00367956

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


LUIS E. SANTIBÁÑEZ CHUGUIOMAICO
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. N° 50792



GOBIERNO REGIONAL HUÁNUCO
RED DE SALUD VASOQUE
C. Raúl Chaves Tuoto
CCP. 19751

¿Debe US que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CONADE, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)