

**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, 16 de agosto de 2023

**OFICIO N°0074-2023-CTVC/APURIMAC**

Señora  
ORFELINA ARPASI QUISPE  
Directora Ejecutiva  
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° 0113-2023-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 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N° 0113-2023-CTVC/APU
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 14/08/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>		
2. APELLIDOS NOMBRES:	CHACON DELGADO YUDY	3. NÚMERO-DNI: 44523759
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA: 14/08/2023
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA: CHINCHEROS
9. DISTRITO:	EL PORVENIR	10. CAPP/DIRECCIÓN: CERCADO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 45194399-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>		

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).** Mediante llamada telefónica se registró el reclamo de Sra. Adriana Andrade Huayana, con DNI N°4519439, tiene discapacidad severa (ver anexo 04), con condición socio económica de pobre extremo vigente hasta 11/11/2025, vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, no puede valerse por sí misma, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar lo indicado en la **DIRECTIVA N°. 007-2021-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: 03)**

1. Anexo 01: Ficha de atención N°033-2023-APU-D
2. Anexo 02: Captura de clasificación socioeconómica
3. Anexo 03: fotos de DNI
4. Anexo 04: Captura pantalla de carnet de discapacidad



.....  
**Yudy Chacón Delgado**  
Responsable de Campo

# ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN N° A-033-2023- D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCIÓN</b>		FICHA N° <u>A-033-2023-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 -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 ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) SISFOH ( )		2.FECHA de REGISTRO: 14/ 08 /2023	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</b>					
3. Apellidos Nombres:		Andrade Huayana Adriana		4. Documento-DNI: 4519439	
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:		EL PORVENIR		16. CCPP/Dirección: CERCADO	
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				17.FECHA OCURRENCIA: 14/08/2023	
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>					
18. Departamento:		APURÍMAC		19. Provincia: CHINCHEROS	
20. Distrito:		EL PORVENIR		21. CCPP/Dirección: CERCADO	
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>					
<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.                  PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p>					
<p>Mediante llamada telefónica se registró el reclamo de la Adriana Andrade Huayana, con DNI N°4519439, tiene discapacidad severa (ver anexo 04), con condición socio económica de pobre extremo vigente hasta 11/11/2025, vive en condiciones muy precarias, no cuenta con recursos que mejoren su calidad de vida, no puede valerse por sí misma, razón por lo que solicita la afiliación al programa Contigo.</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) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES APELLIDOS: YUDY CHACON DELGADO			..... NOMBRES APELLIDOS:		
DNI: 44523759 CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO			DNI: CARGO:		



# Anexo 04: Certificado de discapacidad

17/10/22, 17:08

Certificado de Discapacidad: 00446976



**PERÚ** Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud	Nro.: 00446976 00004140 - HOSPITAL CHINCHEROS
--------------------------	--

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
ANDRADE HUAYANA, ADRIANA

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	PAÍS NACIMIENTO	ETNIA
	Años	Meses				
Femenino	51	3	38975	DNI/LE 45194399	PERU	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION RENIEC			
Apurímac / Chincheros / El Porvenir			CP PORVENIR			
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)			DIRECCION ACTUAL			
Apurímac / Chincheros / El Porvenir			PORVENIR S/N			
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No			

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Trastorno del lenguaje expresivo	F801	Tartamudez [espasmofermia]	F985
Otros trastornos del desarrollo de las habilidades escolares	F818		

IV. DISCAPACIDAD	
De La Conducta	1
De La Comunicación	4
Del Cuidado Personal	1
De La Locomocion	0
De La Disposicion Corporal	2
De La Destreza	2
De Situacion	2

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 <b>discapacidad leve</b>
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>
Discapacidad Severa	x 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 <b>discapacidad severa</b>

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES	
<b>De apoyo</b>	
<input type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente	<input type="checkbox"/> Para marcha y transporte
<input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo	<input checked="" type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización
<b>Personales</b>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10/22, 17:08

Certificado de Discapacidad: 00446976

<b>VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN</b>	
- %	¿Es diferido?: SI

<b>VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES</b>
SE EMITE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD A SOLICITUD DE PACIENTE PARA TRAMITES EN CONADIS

Se recomienda su reevaluación en **6 meses** desde la fecha de expedición.  
El certificado tiene una vigencia de **60 meses** desde la fecha de expedición.

<b>LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN</b>	
AV. FERNANDO B. TERRY S/N Apurímac - Chincheros - Chincheros	17 de Octubre de 2022



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
NINA SONCCO, NATTY YOVANA	53079	

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
 Natty Yovana Nina Soncco MEDICINA FISICA Y REHABILITACION C.M.P. 53079	 Indira J. Huachaca Palaverano MEDICO CIRUJANO C.M.P. 63132	 MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL DE LINCHEROS Rector Huachaca C.M.P. 63132 DIRECTOR

¿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)	SI
--	----