

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

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

Huánuco, 27 de setiembre de 2022

**OFICIO N° 0141-2022-CTVC/HUANUCO**

Sra.

**Nancy Nérida Aucahuasi Dongo**

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° 0115-2022-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

<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

**Jr. 28 de julio N° 1388 – Huánuco Teléfono Celular: 942161082**

**Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [huanuco.rrctvcperu@gmail.com](mailto:huanuco.rrctvcperu@gmail.com) Página**

**Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942154740 Teléfono Nacional: 942160511	<b>CASO</b>	N° 0115-2022-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:	<b>CONTIGO</b>	1. FECHA DE REGISTRO:	<b>08/09/2022</b>
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	<b>PARDAVE TREJO JUAN JOSE</b>	3. NÚMERO-DNI:	22498426
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL HUANUCO	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	<b>08/09/2022</b>
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	8. PROVINCIA:	HUANUCO
9. DISTRITO:	SAN FRANCISCO DE CAYRÁN	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CAYRÁN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	22477211-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>			

El 08/09/2022, mediante llamada telefónica la Sra. Eloisa Rivera Caldas, identificada con DNI N° 22477211, manifestó su reclamo, que se plasmó en la Ficha de atención N° A-019-2022-HUA-D, identificándose el siguiente punto.

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTÁ EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUB COBERTURA).**- La Sra. Eloisa Rivera Caldas, , mediante llamada telefónica, manifestó que en el mes de noviembre del año 2021, presentó en la oficina de OMAPED de la municipalidad distrital de San Francisco de Cayrán, sus documentos, para ser afiliada al programa Contigo, pues tiene discapacidad severa certificado por médico y se encuentra inscrita en el CONADIS, contando además con clasificación socio económica de pobre, sin respuesta alguna hasta la actualidad, pese a las numerosas veces que se ha acercado a la Unidad Local de Empadronamiento de su distrito.  
La indicada ciudadana, manifiesta requerir del apoyo económico que el programa contigo brinda, pues la discapacidad que posee demanda de tratamiento.  
Solicitando al programa se informe a la ciudadana el estado de trámite de su solicitud y de corresponder su afiliación al Programa Contigo.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES


1. Se sugiere al programa Social el estricto cumplimiento de la **RDE 000077-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, que modifica la directiva N° 007-2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada "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 se vienen implementando para la solución de la citada alerta.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 06)

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Atención A-019-2022-HUA-D (01 folio).
2. **Anexo N° 02:** Copia de Certificado de Discapacidad (02 folios).
3. **Anexo N° 03:** Copia de Resolución de CONADIS. (01 folio).
4. **Anexo N° 04:** Copia de Carnet CONADIS. (01 folio).


Juan José Pardavé Trejo  
Responsable Regional.

Anexo N° 01: Ficha de Atención A-019-2022-HUA-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCION</b>		FICHA N°: 019-2022-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	
				2/09/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		RIVERA CALDAS ELOISA		4. Documento - DNI	
				22477211	
5. Sexo (Género):		Masculino ( ) Femenino ( X )		6. Fecha-Nacimiento:	
				22/06/1970	
7. Es Usuario(a)?:		SI ( ) Fecha Afiliación ___/___/___		NO ( X )	
9. Correo Electrónico:				8. Tiempo Residencia:	
11. Institucion/Cargo:				10. Telef. Personal:	
				902399193	
13. Departamento:		HUANUCO		12. Telef. Institucional:	
15. Distrito:		SAN FRANCISCO DE CAYRÁN		14. Provincia:	
				HUANUCO	
				16. CCP/Dirección:	
				CAYRÁN	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	
				2/09/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	
				HUANUCO	
20. Distrito:		SAN FRANCISCO DE CAYRAN		21. CCP/Dirección:	
				CAYRÁN	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>					
<p>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?</p>					
<p>Mediante llamada telefónica de la Sra. Eloisa Rivera Caldas identificada con DNI N° 22477211 manifestó su preocupación porque hasta la fecha desde el mes de noviembre del año 2021, en la que presentó sus documentos en la oficina de OMAPED de la municipalidad de San Francisco de Cayrán, no ha recibido respuesta alguna, acerca de su pedido de afiliación al programa Contigo, pues se trata de una persona con discapacidad, que se encuentra con certificación de discapacidad y cuenta con Resolución de afiliación al CONADIS.</p>					
<p>La ciudadana, solicita que se revise su situación y que se la afilie al programa Contigo, ya que necesota de apoyo económico para su tratamiento y se encuentra en situación de pobreza de acuerdo asu clasificasión socioeconómica.</p>					
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( X ) Queja ( ) Denuncia ( )			24. TOTAL FOLIOS
ADJUNTOS:		Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacimiento ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( )			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
					
NOMBRES y APELLIDOS:		Fabiola Elna Lama Rios		NOMBRES y APELLIDOS:	
				Juan José Pardavé Trejo	
DNI:		44159405		DNI: 22498426	
CARGO:		Presidente del CLTV		CARGO: Responsable Regional	

Anexo N° 02-Certificado de Discapacidad

Certificado de Discapacidad: 00281081



**PERÚ** Ministerio de Salud

## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29873

Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_

Nro.: 00281081  
00000952 - AUCAYACU

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
Rivera, Cardenas, Eloisa

<b>SEXO</b>	<b>EDAD</b>		<b>N° H.C.</b>	<b>DOCUMENTO DE IDENTIDAD</b>	
	Años	Meses		DNI	Cartel extranjero
Femenino	50	7	22477211	22477211	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

**II. DIAGNOSTICO DE DAÑO**

Defecto por reducción del miembro inferior, no especificado	CIE	Q729
Mononeuropatía del miembro inferior, sin otra especificación	CIE	G579

**III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO**

Traumatismo por aplastamiento de otras partes y de las no especificadas de la pierna	CIE	S875
--	-----	------

**IV. DISCAPACIDAD**

De La Conducta	0	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 sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	4	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	3	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	3	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	3	6 La actividad no se puede realizar o mantener sin deficiente asistencia personal

**V. GRAVEDAD**

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
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**

**De apoyo**

<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 type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización

**Personales**

<input type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, cocinar y comer	<input type="checkbox"/> Dependencia de otra persona
<input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos	

**No requiere**

No requiere

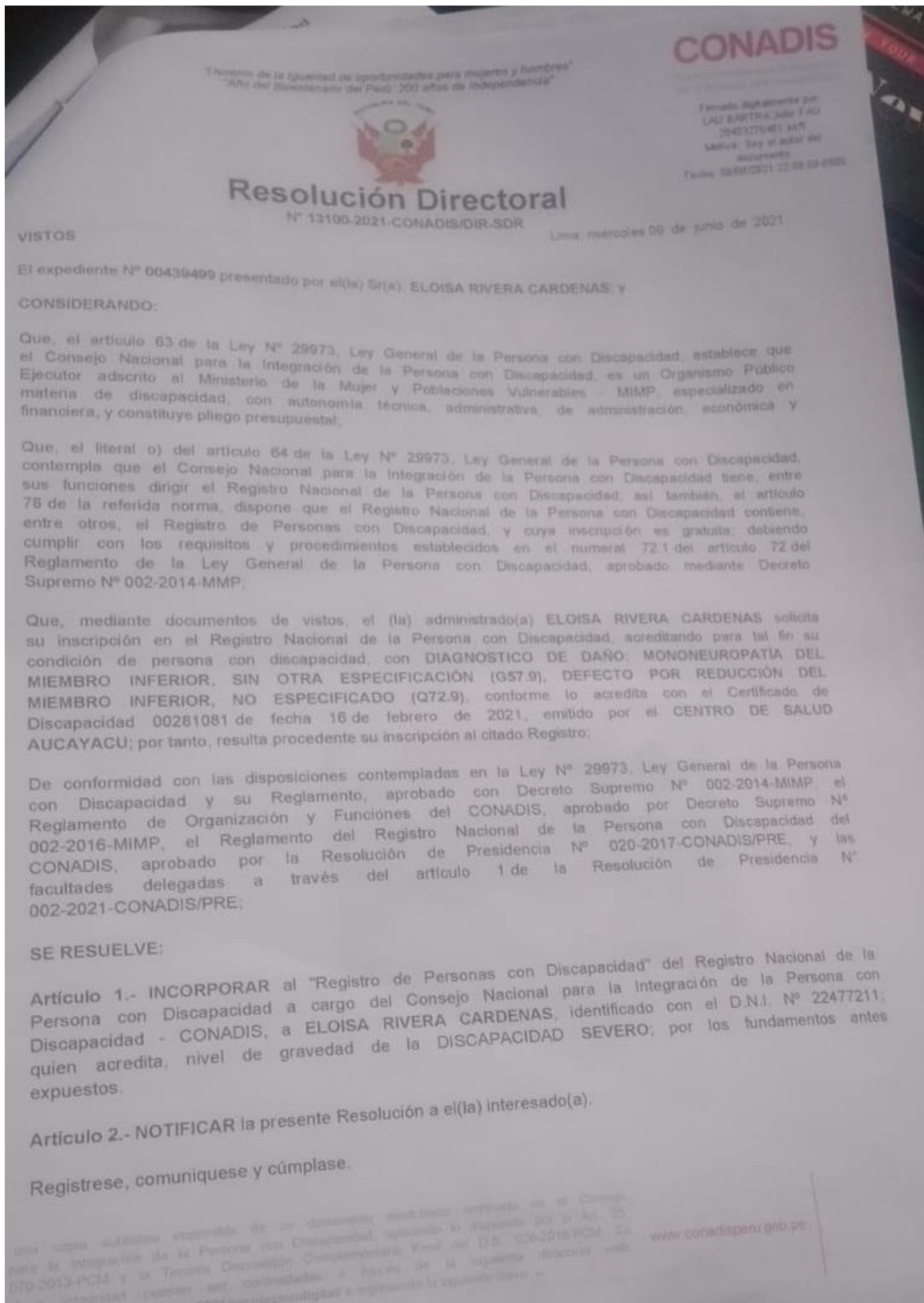
**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

57.7 %      ¿Es diferido?: No

C:\PPC11\Documents\CERT MPH 1/ELOISA.html 1/2



Anexo N° 03: Copia de Resolución de CONADIS.



Anexo N° 04: Copia de Carnet CONADIS.

