

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

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

Apurímac, 09 de noviembre de 2022

OFICIO N°0058-2022-CTVC/APURIMAC

Señora

Nancy Nerida 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 dos (02) 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:

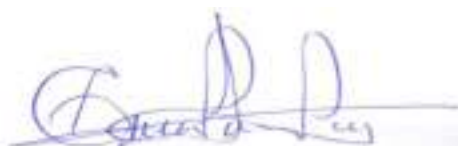
- CASO N° 0149-2022-CTVC/APU

- CASO N° 0150-2022-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

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

Teléfono Apurímac: 942160032 Teléfono Nacional: 994432338		CASO		N° 0149-2022-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO			1. FECHA DE REGISTRO:	08/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:	PALIZA PINTO GUERSON YOVANI			3. NÚMERO-DNI:	31040792
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	07/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	AYMARAE		
9. DISTRITO:	TORAYA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	TORAYA		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	43255815-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 comité, 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):** La Sra. **Silvestina Acuña De la Cruz** identificada con DNI N° **43255815**, manifestó haber presentado los requisitos exigidos por el programa Contigo en la OMAPED de la Municipalidad del distrito de Toraya, aproximadamente en el año 2021, desde entonces la respuesta que recibe es “en el mes siguiente va salir”, situación que le preocupa, debido a que durante la emergencia sanitaria su situación económica se ha visto fuertemente afectada. En la verificación realizada, en la página web <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> sobre la Señora Silvestina Acuña, a la letra indica “El DNI en consulta no ha presentado una solicitud de afiliación al Programa Contigo”. Por lo manifestado, se solicita al programa se informe a la familia interesada en qué estado se encuentra el trámite de afiliación al Programa Contigo solicitado ante la OMAPED de Toraya, así mismo y en mérito a su condición de discapacidad se afilie a la mencionada ciudadana.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos del Programa y sus acciones de coordinación se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

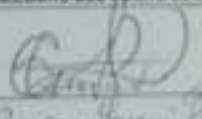
- Se exhorta priorizar la afiliación del potencial usuario en situación de vulnerabilidad, así como brindar información clara y oportuna a fin de no generar falsas expectativas en los potenciales usuarios/as y familiares.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05)

1. Ficha de Atención N° A-064-2022-APU-D (01 folio)
2. Captura pantalla CSE del hogar (01 folio)
3. Certificado discapacidad (02 folios)
4. Captura pantalla página del programa (01 folio)



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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>144-2021-AP-0</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 por X:		CONTIGO (X) CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSION 65 () QALI WARMA () SIPCH ()		2. FECHA de REGISTRO: <u>18/11/2021</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(a) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres: <u>Andrés Dela Cruz Silvestre</u>		4. Documento-DNI: <u>43255816</u>		5. Fecha Nacimiento: <u>30-12-1980</u>	
6. Sexo (Género): Masculino () Femenino (X)		6. Fecha Nacimiento: <u>30-12-1980</u>		7. Tiempo Residencia: <u>1</u> MESES	
7. Es Usuario(a)? SI () Fecha Adhesión: <u>1-1-1</u> NO (X)		8. Telef. Personal: <u>—</u>		9. Telef. Institucional: <u>—</u>	
10. Correo Electrónico: <u>—</u>		11. Institución/Cargo: <u>—</u>		12. Provincia: <u>Ayacucho</u>	
13. Departamento: <u>Ayacucho</u>		14. CCPP/Dirección: <u>Cusco</u>		15. FECHA OCURRENCIA: <u>07/11/2021</u>	
16. Distrito: <u>Tarma</u>		17. Provincia: <u>Ayacucho</u>		18. CCPP/Dirección: <u>Cusco</u>	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:					
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
19. Departamento: <u>Ayacucho</u>		20. Provincia: <u>Ayacucho</u>		21. CCPP/Dirección: <u>Cusco</u>	
22. Distrito: <u>Tarma</u>					
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTO Y SIEMPRE SON LOS AFECTADOS, cuando se trata de un caso de corrupción, fraude, robo, etc. Si el caso es de corrupción, fraude, robo, etc. Se debe precisar el tipo de delito cometido y el monto de la pérdida. Si el caso es de corrupción, fraude, robo, etc. Se debe precisar el tipo de delito cometido y el monto de la pérdida. Si el caso es de corrupción, fraude, robo, etc. Se debe precisar el tipo de delito cometido y el monto de la pérdida.					
<u>La Sra. Andrus Dela Cruz, con DNI 43255816, manifestó que había presentado los requisitos exigidos por el Programa Contigo en el campo de la municipalidad de Tarma el año 2021, solicitando que reciba su pago de los siguientes 15 días, pero que no fue atendido por que cumple los requisitos</u> <u>* Atendido por celular</u>					
23. TIPO de ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS: <u>1</u>	
25. Docs. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () CUI () Otro ()			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)  Nombres Apellidos: <u>César Juan Paliza Roca</u> DNI: <u>31016792</u> Cargo: <u>RR-SVC</u>			NOMBRE Y FIRMA Y O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL Nombres Apellidos: _____ DNI: _____ Cargo: _____		

Anexo 02: CSE del hogar

3.- Clasificación Socioeconómica:	POBRE EXTREMO
4.- Vigencia de Clasificación Socioeconómica:	DESDE 10/10/2019 HASTA 10/10/2023
5.- Departamento(*):	APURIMAC
6.- Provincia(*):	AYANDES
7.- Distrito(*):	TORAY
8.- Centro Poblado:	03490001 - TORAY
9.- Dirección Vivienda:	OTRO, ARAGANPILANRO, PUERTA (N°PISO) 01
10.- Estado de Vigencia:	VIGENTE

IDT	TIPO DOC	DNI	COGNOM	RESERVA APPELLIDO	RESERVA APPELLIDO	APPELLIDO DE COGNOM	FECHA NACIMIENTO	EDAD	RESTRICCION
1	DNI	43218818	SOVESTINA	ACUÑA	DE LA CRUZ		30/12/1955	41	SIN RESTRICCIÓN
2	DNI	76383352	PABLO	YESA	ACUÑA		23/05/2004	18	SIN RESTRICCIÓN
3	DNI	21267315	ELIAN	YESA	SALAS		06/05/1954	68	SIN RESTRICCIÓN

Anexo 03. copia de certificado discapacidad severa

Certificado de Discapacidad: 00015210

PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: No. 00015210
00002580 - TORAYA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Auzfr. De La Cruz, Silvestre

SEXO: Masculino EDAD: Años: 40 Meses: 7 N° H.C.: 43255815 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI: 43255815 Canal extranjero: -

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE BASE

CE	EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CE
F710		
H919		

III. DISCAPACIDAD

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

IV. GRAVEDAD

Sin Discapacidad	0	Si el código es 0, la persona no tiene discapacidad
Discapacidad Leve <td>1 <td>Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve</td> </td>	1 <td>Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve</td>	Si el código es 1, la persona tiene discapacidad leve
Discapacidad Moderada <td>2-3 <td>Si el (los) código(s) son 2 o 3, la persona tiene discapacidad moderada</td> </td>	2-3 <td>Si el (los) código(s) son 2 o 3, la persona tiene discapacidad moderada</td>	Si el (los) código(s) son 2 o 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa <td>4-6 <td>Si el (los) código(s) son 4, 5 o 6, en al menos una categoría de discapacidad por criterio de funcionalidad la persona tiene discapacidad severa</td> </td>	4-6 <td>Si el (los) código(s) son 4, 5 o 6, en al menos una categoría de discapacidad por criterio de funcionalidad la persona tiene discapacidad severa</td>	Si el (los) código(s) son 4, 5 o 6, en al menos una categoría de discapacidad por criterio de funcionalidad la persona tiene discapacidad severa

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

De apoyo

☐ Para terapia y Mantenimiento médico especializado

☐ Para marcha y transporte

☐ De uso permanente

☒ Para comunicación, información y socialización

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☒ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Dependencia de otra persona

☒ Para afectar estímulos o estímulos

No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- 1% (Es menor de 5)

VER OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

SECTOR TORAYA SIN

30 de Julio de 2021

Ayacucho - Ayacucho - Toraya

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO**

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

MOSCOSO SULLCAJAMÁN, FLOR VANESSA

N° CMP

N° RNE

70710

**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**



MEDICO CIRUJANO
CMP 70710



MEDICO CIRUJANO
CMP 90221



MEDICO CIRUJANO
CMP 90221

¿Desde 01-01-2021 la información contenida en el 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)

No

Anexo 04. Captura pantalla página del programa

The screenshot displays the 'Programa Contigo' web portal. At the top, there is a navigation bar with the Peruvian coat of arms, the 'Programa Contigo' logo, and a 'PORTAL TRANSACCIONES' button. A red header bar contains the text 'Inicio', 'PROGRAMA CONTIGO', '¿QUÉ ES UNIGO?', and '¿CÓMO REGISTRARSE?'. The main content area features a central white box with a red border. Inside this box, the text 'Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento' is followed by two input fields: 'N° DNI' (containing '9123456789') and 'Fecha de Nacimiento' (containing '20/01/1980'). Below these fields is a red button labeled 'CONSULTAR'. Underneath the button, the text '¿No encuentras tu dato?' is visible. A pink banner across the middle of the box reads 'EL DNI EN CONSULTA NO HA PRESENTADO UNA SOLICITUD DE APLICACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO'. At the bottom of the box, there is a red button labeled 'CONSULTAR'. Below the main content area, a footer section contains the text: 'El Programa Nacional de Entrega de la Pensiones Contributivas a los adultos mayores es una iniciativa del Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Para mayor información consulta en:'. Below this text are two buttons: '011 544 9066 Opción 1' and 'consultar@contigo.gob.pe'. On the right side of the page, there is a red vertical button labeled 'SOLICITA TU LINEA DE COMUNICACIÓN DIGITAL'.

Programa Contigo

PORTAL TRANSACCIONES

Inicio PROGRAMAS CONTIGO ¿QUÉ ES UNIGO? ¿CÓMO REGISTRARSE?

Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento

N° DNI
9123456789

Fecha de Nacimiento
20/01/1980

EL DNI EN CONSULTA NO HA PRESENTADO UNA SOLICITUD DE APLICACIÓN AL PROGRAMA CONTIGO

CONSULTAR

¿No encuentras tu dato?

El Programa Nacional de Entrega de la Pensiones Contributivas a los adultos mayores es una iniciativa del Poder Ejecutivo, a través del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social. Para mayor información consulta en:

011 544 9066 Opción 1

consultar@contigo.gob.pe

SOLICITA TU LINEA DE COMUNICACIÓN DIGITAL