

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

“Decenario de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Huaraz, 30 de mayo de 2022

OFICIO N° 064-2022-CTVC/ANCASH

Señor (a)

DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

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 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 el (los) siguiente(s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0150-2022-CTVC/ANC
- CASO N° 0151-2022-CTVC/ANC
- CASO N° 0152-2022-CTVC/ANC

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



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. de Ancash: 942154203 Telf. LIMA: 945095602		CASO		N° 0150-2022-CTVC/ANC	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 20/05/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		RODRIGUEZ ALEJO GRACIELA MARIZOL		3. NÚMERO-DNI: 42626643	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE MALVAS		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 20/05/2022	
7. DEPARTAMENTO:		ANCASH		8. PROVINCIA: HUARMEY	
9. DISTRITO:		MALVAS		10. CCPP/DIRECCIÓN: MALVAS	
11. PROCESO:		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? 43619892-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE MALVAS	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		02		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

En el marco de las acciones de Vigilancia a la prestación de servicios del programa Contigo, la Sra. Graciela Marizol Rodríguez Alejo, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Malvas, registró la Ficha de Atención A-016-2022-ANC-D, el pedido del Sr. Enrique Jilberti Huerta Sánchez, encargado del Área de Programas Sociales y Programa del Vaso de Leche, quien es el encargado del programa Contigo, informó lo siguiente:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION / DESAFILIACION / REINCORPORACION:** El responsable del programa Contigo refirió que con OFICIO N° 210-2020-MDM/A el alcalde de la Municipalidad de Malvas solicitó al programa social la "Afiliación de Nuevos Usuarios al programa Contigo", cuyo documento con los respectivos expedientes de las personas con discapacidad severa ingresaron por mesa de partes virtual el 12/11/2021 (ver anexo 02), de los cuales dos ciudadanas requieren ser afiliadas de manera urgente:

- Milagros Elizabeth Trejo Sánchez, identificada con DNI N° 70008774, de 33 años de edad.
- Milva Dali Trejo Sánchez, identificada con DNI N° 70008684, de 27 años de edad.

El Sr. Enrique Huerta informó que se trata de dos (2) hermanas mayores de edad que fueron abandonadas por su madre, se encuentran al cuidado de su tía, la Sra. Margot Bojórquez Osorio, quien a su vez tiene a su cargo a su hijo y madre adulta mayor, situación que le dificulta atender a sus sobrinas ya que requieren atención especial, por los limitados medios de subsistencia que afrontan solicitó que sean afiliadas al programa, para afrontar la discapacidad de epilepsia y esquizofrenia que presentan (ver anexo 03). También mostró su malestar debido a que los familiares se apersonan continuamente a la Municipalidad indagando sobre la afiliación, solicita respuesta inmediata ya que han transcurrido aproximadamente seis (06) meses y no son afiliadas a pesar de cumplir con los requisitos exigidos por el programa.

En la verificación realizada en la página web <https://contigo.gob.pe/login-usuario/> se evidencia que las dos (2) potenciales usuarias a la fecha se encuentran en **cola de espera** (ver anexo 04).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En cumplimiento 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 de las potenciales usuarias en situación de pobreza y vulnerabilidad, así como brindar información clara y oportuna a fin de no generar falsas expectativas en los 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/folio: 10)

- 1.- Copia de Ficha de Atención A-016-2022-ANC-D (01 folio).
- 2.- Oficio presentado al programa con expedientes de potenciales usuarias (07 folios).
- 3.- Registro fotográfico de las potenciales usuarias (01 folio).
- 4.- Consulta página web del programa (01 folio).



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-016-2022-ANC-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 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: 20105122	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres: Rodriguez Alejo Graciela Marizel		4. Documento-DNI: 42626643			
5. Sexo (Género): Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 05/09/1984			
7. Es Usuario(a)?: SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES			
9. Correo Electrónico: -		10. Telef. Personal: 985625395			
11. Institución/Cargo: Presidenta del Comité Local		12. Telf. Institucional: -			
13. Departamento: Ancash		14. Provincia: Huarmey			
15. Distrito: Malvas		16. CCPP/Dirección: Malvas			
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 20/05/22	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Ancash		19. Provincia: Huarmey			
20. Distrito: Malvas		21. CCPP/Dirección: Malvas			
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos Nombres, UNI, 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?					
El Sr. Enrique Gilberto Huerta Sanchez, encargado del Area de Programas Sociales y Programa del Vaso de Leche y responsable del programa Contigo en el distrito de Malvas, quien informo lo siguiente: con OFICIO N° 210-2020-HDM/A el alcalde de la Municipalidad solicito al programa "Afiliación de Nuevos Usuarios al Programa Contigo", cuyo documento con los respectivos expedientes de personas con discapacidad severa ingresaron por mesa de partes virtual el 12/11/22 de los cuales 02 ciudadanas requieren de afiliación urgente: - Hilagres Elizabeth Tréjo Sanchez, identificada con DNI N° 70008774. - Milva Dali Tréjo Sanchez, identificada con DNI N° 70008684. El Sr. Enrique Huerta informo que se trata de dos hermanas mayores de edad que fueron abandonadas por su madre, se encuentran al cuidado de su tía, la Sra. Margot Bejorguez Asoto, quien a su vez tiene a su cargo a su hijo y madre adulta mayor, situación que le dificulta atender a sus sobrinas ya que requieren atención especial y por los limitados medios de subsistencia solicito la afiliación de las mismas. También mostro su malestar debido que han transcurrido aproximadamente 6 meses y no son afiliadas al programa. Por lo que solicita al programa Contigo la urgente afiliación de las personas con discapacidad severa.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS: 10	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio (X) Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (X) DJ () Otros (X)			
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: Graciela Marizel Rodriguez Alejo DNI: 42626643 CARGO: Presidenta			NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____		

OFICIO PRESENTADO AL PROGRAMA CON EXPEDIENTES DE POTENCIALES USUARIAS



MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MALVAS

CUNA DE GRANDES ARTISTAS Y CIUDADANOS PROGRESISTAS

"Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Malvas, 12 de Noviembre de 2021

OFICIO N° 210 -2020-MDM/A

Señora
DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO
 Directora Ejecutiva
 Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con
 Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO.
 Av. Faustino Sánchez Carrión N° 417
 Magdalena Del Mar.-

ASUNTO SOLICITO AFILIACION A NUEVOS USUARIOS AL PROGRAMA CONTIGO

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo muy cordialmente en nombre de la **MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE MALVAS**, Provincia de Huarney, departamento de Ancash, **SOLICITAR LA AFILIACION A NUEVOS USUARIOS AL PROGRAMA CONTIGO**, son las siguientes personas

DEPARTAMENTO	PROVINCIA	DISTRITO	DATOS POTENCIALES USUARIOS	D.N.I	ACCION
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	CUENTAS TOLEDO JESUS MANUEL	47764738	AFILIACION AL PROGRAMA
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	TOLEDO ALVARADO EUPREPES ILIMINADA	32120943	AFILIACION AL PROGRAMA
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	QUITO MAGUIÑA MAXIMO TEOFILO	10159972	AFILIACION AL PROGRAMA
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	ALVARADO PAREDES JOEL HUBER	72239120	AFILIACION AL PROGRAMA
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	TREJO SANCHEZ MILVA DALI	70008684	AFILIACION AL PROGRAMA
ANCASH	HUARMEY	MALVAS	TREJO SANCHEZ MILAGROS ELIZABETH	70008774	AFILIACION AL PROGRAMA

Para las coordinaciones que fueran necesarias agradeceré comunicarse con el encargado de Programas Sociales de la Municipalidad Sr Enrique Jilberti Huerta Sánchez Al correo electrónico minimalvas021105@gmail.com o al celular 945708209.

Esperando la atención a la presente me suscribo de usted y renovarle las muestras de mi especial consideración y alta estima,

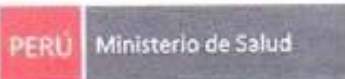
Atentamente,



Edwin Jilberti Huerta Sánchez

Dirección: Jr. Marañón S/N Plaza de Armas
Malvas - Huarney - Ancash

E-mail: municipalidaddistritaldemalvas2022@hotmail.com
Cel.: 939049425



Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00337485

00001741 - HUARMEY

Establecimiento de Salud

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Trejo, Sanchez, Milagros Elizabeth

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ETNIA
Femenino	Años 32	Meses 11	70008774 DNI/LE 70008774	Mestizo

UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION RENIEC
Lima / Lima / San Juan de Lurigancho	MZ.K-1 LT.5 URB SAN ELIZABETH
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)	DIRECCION ACTUAL
Lima / Lima / San Juan de Lurigancho	URB. SAN ELIZABETH MZA. K1 LTE. 5
¿Cuanta con certificado emitido anteriormente?	No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Epilepsia, tipo no especificado	G409	Epilepsia, tipo no especificado	G409

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	3	0 Sin limitación
De La Comunicación	3	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	4	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	3	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	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 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

- | | |
|---|--|
| ☐ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente | ☐ Para marcha y transporte |
| ☐ Otros productos de apoyo | ☐ Para comunicación, información y señalización |

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

33,33 %

¿Es diferido? No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

NOTA: Este certificado no es válido para trámites de invalidez que dispone el D. S. N° 166-2005-EF, ni para PROCESOS JUDICIALES NI POLICIALES.

Se recomienda su reevaluación en 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

PANAMERICANA S/N
Ancash - Huarney -
Huarney

14 de Octubre del 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

DAZ CERNA, LINDA KRIS

N° CMP

N° RNE

63986

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



¿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



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00336147

00001741 - HUARMEY

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES

Trejo, Sanchez, Milva Dalí

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ETNIA
Femenino	Años Meses 27 2	70008684	DNI/LE 70008684	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROV/DIS)		DIRECCION RENIEC		
Lima / Lima / San Juan de Lunpancho		MZ.K-1 LT.5		
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)		DIRECCION ACTUAL		
Lima / Lima / San Juan de Lunpancho		MZA. K1 LTE. 5		
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?		No		

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Esquizofrenia, no especificada

CIE

F209

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Esquizofrenia, no especificada

CIE

F209

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	3	0 Sin limitación-
De La Comunicación	3	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	3	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	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	4	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

☐ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente

☐ Otros productos de apoyo

Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

☐ No requiere

☐ No requiere

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☒ Dependencia de otra persona

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

33,33 %

¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

NOTA: Este certificado no es válido para trámites de invalidez que dispone el D. S. N° 166-2005-EF, ni para PROCESOS JUDICIALES NI POLICIALES.

Se recomienda su reevaluación en 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

PANAMERICANA S/N

9 de Octubre de 2021

Áncash - Huarney - Huarney

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

DIAZ CERNA, LINDA KRIS

N° CMP

N° RNE

63986

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO QUE CERTIFICA


Dr. Linda Kris Diaz Cerna
Médico
C.M.P. N° 63986

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO


GOBIERNO REGIONAL ÁNCASH
H.S. PED. DE SALUD PACIFICO SUR
HOSPITAL DE APOYO HUARNEY
C.D. LIAS A. VALVERDE CUEVA
COP. 31215
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

ANEXO 03

REGISTRO FOTOGRAFICO DE POTENCIALES USUARIAS



Foto 01: Srta. Milagros Elizabeth Trejo Sanchez, presenta epilepsia.



Foto 02: Srta. Milva Dali Trejo Sanchez, presenta esquizofrenia..

CONSULTA PAGINA WEB DEL PROGRAMA

