

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lambayeque, 12 de agosto de 2022

OFICIO N°0046-2022-CTVC/LAMBAYEQUE

Señor (a)

Sra. María Luisa Chávez Kanashiro

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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0165-2022-CTVC/LAM

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



.....
Alfonso Sánchez Cajo
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 de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N° 0165-2022-CTVC/LAM
---	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	8/08/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	LUIS GERMAN BURGOS TOLEDO	3. NÚMERO-DNI:	16606263
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE CAYALTI	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	8/08/2022
7. DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	8. PROVINCIA:	CHICLAYO
9. DISTRITO:	CAYALTI	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CAMPO LA MELCHORA – CERRO LEON
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿Dónde SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	16770221-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con fecha 8/08/2022, durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica entre el Equipo Técnico Regional-CTVC Lambayeque, y el Sr. Luis German Burgos Toledo, presidente del comité local del distrito de Cayaltí, se registró la ficha **A-0040-2022-LAM-D** el punto crítico descrito a continuación:

1.- PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA): Mediante llamada telefónica el presidente del comité local del distrito de Cayaltí, informó que el Sr. Emilio Romero Díaz de 66 años, identificado con DNI N° 16770221, domiciliado en el Caserío Campo La Melchora – Cerro León s/n del mismo distrito, es una persona con discapacidad y se encuentra en situación de pobreza, a su vez no percibe ningún tipo de pensión; por su condición no puede trabajar y mantenerse; actualmente vive con su hijo, quien tiene carga familiar y sin trabajo estable. Cabe señalar que el potencial usuario cuenta con CSE POBREZA EXTREMA. Refiere que aproximadamente en Julio 2022, presentó sus documentos de afiliación en la OMAPED del distrito, sin obtener respuesta hasta el momento.

Al realizar la validación del usuario (8/08/2022) en el link del programa (<https://contigo.gob.pe/login-usuario/>), se verificó que **“NO se presentó los documentos correspondientes para su afiliación al programa, debido a esto, solicita de manera urgente se inicie el proceso de su afiliación”.**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se solicita que se pueda verificar el caso, así mismo se nos pueda informar las acciones adoptadas para su solución y/o corrección.
2. Informe de manera oportuna al potencial usuario, sobre el tramites, su estado y resoluciones de la materia.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (02))

- 1.- Anexos 001: **A-0040-2022-LAM-D** (01 folios)
- 2.- Anexo 002: CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE (emitido el 7/01/2022), CSE
POBREZA EXTREMA VIGENTE (8/07/2028), DNI USUARIO
- 3.- Anexo 003: Captura de consulta en la página web del programa CONTIGO



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

ANEXO 001

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		N° A-0040-2022-LAM	
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:		JUNTOS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () CUNA MÁS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS () BONO ()		2. FECHA de REGISTRO: 8/08/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		LUIS GERMAN BURGOS TOLEDO		4. Documento-DNI: 16606263	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:		CLTVC-PRESIDENTE		12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:		LAMBAYEQUE		14. Provincia: CHICLAYO	
15. Distrito:		CAYALTI		16. CCPP/Dirección: CAYALTI	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 8/08/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LAMBAYEQUE		19. Provincia: CHICLAYO	
20. Distrito:		CAYALTI		21. CCPP/Dirección: CAMPO LA MELCHORA – CERRO LEON	
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, 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?					
Con fecha 8/08/2022 durante las acciones de veeduría/vigilancia, a través del Sr. Luis German Burgos Toledo Presidente del comité local del distrito de Cayaltí, informó que el Sr. Emiliano Romero Díaz (66), con DNI N° 16770221, domiciliado en el Caserío Campo La Melchora – Cerro León s/n del mismo distrito, es una persona con discapacidad en situación de pobreza, cuenta con Certificado de Discapacidad Severa, CSE DE POBREZA EXTREMA, no percibe ninguna pensión ni pública ni privada, debido a su condición se le imposibilita trabajar, Situación que no le permite cubrir sus gastos de alimentación y medicinas (necesarias para contra restar los Los malestares de su enfermedad). Solicita de manera urgente se le brinde apoyo, y se inicie el proceso de Afiliación al programa.					
23. TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () 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) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
<p>.....</p> <p>NOMBRES: LUIS GERMAN BURGOS TELEDO CARGO: PRESIDENTE</p> <p>DNI: 16606263 DISTRITO: CAYALTI</p>			<p>.....</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: FIORELA LI JIMENEZ</p> <p>DNI: 44905359 CARGO: RC-CTVC</p>		

ANEXO 002

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD VIGENTE (EMITIDO 07/01/2022)

GERENCIA REGIONAL DE SALUD LAMBAYEQUE
CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD
 Aplicación de la Ley N° 29973
 Aplicación de la Norma Técnica de Salud N° 127- MINSA/DGIESEF

N° Registro MINSA 365571

Establecimiento de Salud ZANA N° Historia Clínica

I. APELLIDO PATERNO ZOMERO APELLIDO MATERNO RUIZ DOMINIO EMILIANO

SEXO M F
 EDAD 65 Años 07 meses

DOCUMENTO DE IDENTIDAD
 DNI CARNET DE EXTRANJERIA

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE
CEGUEZA BINOCCULAR	H54.0
HIPODACUSIA, NUS	H91.9

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
CEGUEZA BINOCCULAR	H54.0
HIPODACUSIA, NUS	H91.9

IV. DISCAPACIDAD	
De la Conducta	<u>3</u>
De la Comunicación	<u>4</u>
Del cuidado personal	<u>4</u>
De la locomoción	<u>3</u>
De la disposición corporal	<u>4</u>
De la destreza	<u>4</u>
De la situación	<u>4</u>

0	Sin limitación
1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad, pero sin ayuda
2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayudas.
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 permite asistir.
6	La actividad no se puede realizar o mantener aun con asistencia personal.

*Colocar el numero según corresponda

V. GRAVEDAD	
Sin discapacidad	<input type="checkbox"/>
Discapacidad Leve	<input type="checkbox"/>
Discapacidad Moderada	<input type="checkbox"/>
Discapacidad Severa	<input checked="" type="checkbox"/>

0	Si el código es 0 la persona no tiene DISCAPACIDAD
1	Si el (los) código (s) es 1, la persona tiene DISCAPACIDAD LEVE.
2-3	Si el (los) código (s) son 2 o 3, la persona tiene DISCAPACIDAD MODERADA
4-6	Si el (los) código (s) son 4, 5 o 6 en al menos una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene DISCAPACIDAD SEVERA.

*Colocar un aspa (x) según corresponda.

Nº Registro MINSA

365571

VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO Y/O PERSONALES			
Para terapia y mantenimiento médico básico	X	Para asearse, vestirse y comer	X
Para marcha y transporte	X	Dependiente de otra persona	X
Para comunicación, información y señalización	X	Para efectos estéticos o cosméticos	—

*Colocar un aspa (x) según corresponda.

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN	
— %	X Diferido

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

DISCAPACIDAD PERMANENTE

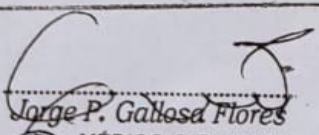

REQUIERE AYUDA BIOMECÁNICA

Este documento tiene una vigencia de 120 meses a partir de la fecha de su expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN			
DISTRITO	DÍA	MES	AÑO
ZANA	07	01	2022

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDO PATERNO	Nº CMP	Nº RNE
GALLOSA FLORES RENZO ROSA	55279	

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 DE SALUD
 Jorge P. Gallosa Flores MÉDICO CIRUJANO CMP: 55279		 MINISTERIO DE SALUD CENTRO DE SALUD - ZANA Dr. Renzo C. Heredia Castillo GERENTE MICRORED ZANA-CAYALTI C.M.P. 44771

CLASIFICACION ECONOMICA DE POBREZA EXTREMA



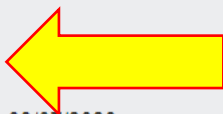
PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR

Estimado(a) ciudadano(a): ROMERO RUIZ EMILIANO a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 8/08/2022 a las 15:24:40

1. Código de Hogar : 13749588
2. Código Clasificación Socioeconómica : 29474823
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE EXTREMO 
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 08/07/2022 Hasta 08/07/2028
5. Fuente(*) : ULF
6. Departamento : LAMBAYEQUE
7. Provincia : CHICLAYO
8. Distrito : CAYALTI
9. Centro Poblado : CERRO LEON
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : OTRO. CERRO LEON NRO. PUERTA SN PISO.1 MZA. B LOTE.005
12. Referencia de la Dirección : COSTADO DEL PRONOEI
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar :

Tipo Documento	Nº Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	16770221	EMILIANO	ROMERO	RUIZ

Generar PDF

Volver

CONSULTA DEL USUARIO EN EL LINK DEL PROGRAMA CONTIGO
(FECHA DE CONSULTA 8/08/2022)
(<https://contigo.gob.pe/login-usuario/>)

The screenshot shows a web browser window with the URL contigo.gob.pe/login-usuario/. The page header includes the logo of the Ministry of Development and Social Inclusion, the 'contigo' brand name, and a 'PORTAL TRANSPARENCIA' button. A navigation bar contains links for 'INICIO', 'PROGRAMA CONTIGO', '¿DÓNDE ESTAMOS?', and '¿COMO SER USUARIO?'. The main content area features a form titled 'Ingresar el DNI y la Fecha de Nacimiento' with the following input fields: 'N° DNI' containing '16770221' and 'dd/mm/aaaa' containing '10/05/1956'. A red message box below the form states: 'EL DNI EN CONSULTA NO HA PRESENTADO UNA SOLICITUD DE AFILIACION AL PROGRAMA CONTIGO.' A red 'CONSULTAR' button and a link for '¿Necesitas ayuda?' are also visible. A yellow arrow points to the message box. At the bottom, there is a footer with contact information: '(01)644 9006 Opción 1' and 'consultas@contigo.gob.pe'. A 'HERRAMIENTA DIGITALES' widget is on the right side. The Windows taskbar at the bottom shows the date as 8/08/2022 and the time as 15:16.

