

**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, 11 de agosto de 2022

OFICIO N° 119-2022-CTVC/ANCASH

Señor (a)

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° 0166-2022-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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



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

Av. Gamarra N° 380 - Of. 201, Barrio de San Francisco, Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP
Celular: 942154203

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ancash.rrectvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 166-2022-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	05/08/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SOLANO RODRÍGUEZ AMELIA BERONICA	3. NÚMERO-DNI:	70582347
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE AMASHCA	5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	CARHUAZ
9. DISTRITO:	AMASHCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AMASHCA
11. PROCESO:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	76610142-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

Durante las acciones de vigilancia la Sra. Amelia Berónica Solano Rodríguez, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Amashca, informó el reclamo de la Sra. Cirila Infantes Chávez, el que se registró en la Ficha de Atención A-025-2022-ANC-D, informando lo siguiente:

- PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA):** La Sra. Cirila Infantes tiene a su cargo a su hijo Luis Fernando Peña Infantes, identificado con DNI N° 76610142 (ver anexo 02: foto 02), de 23 años de edad, quien presenta una discapacidad mental y física severa (ver anexo 03) desde su nacimiento, indicó que “su hijo no se vale por si solo, tiene los pies doblados y no habla” (ver anexo 04), la Sra. Cirila es la encargada de afrontar su cuidado junto con su esposo, ambos adultos mayores, por los limitados medios de subsistencia que tiene solicitó la afiliación de su hijo al programa Contigo.

Sra. Cirila Infantes presentó los requisitos exigidos por el programa Contigo en la OMAPED de la Municipalidad del distrito de Amashca, aproximadamente en el mes de noviembre 2021, han transcurrido ya ocho (8) meses, 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/> figura el caso del Sr. Luis Fernando Peña Infantes persona con discapacidad severa a la letra indica “El DNI en consulta no ha presentado una solicitud de afiliación al Programa Contigo” (ver anexo 05).

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 Amashca, así mismo y en mérito a su condición de discapacidad se afilie al mencionado ciudadano.

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/folio: 05)

- 1.- Copia de Ficha de Atención A-025-2022-ANC-D (01 folio).
- 2.- DNI del potencial usuario (01 folio).
- 3.- Certificado de discapacidad severa (02 folios).
- 4.- Registro fotográfico (01 folio).
- 5.- Captura de pantalla del portal del programa Contigo (01 folio).




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 MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()	2. FECHA de REGISTRO:	05/08/22
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)			
3. Apellidos Nombres:	Solano Rodríguez Amelia Berónica	4. Documento-DNI:	70582347
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (x)	6. Fecha-Nacimiento:	04/06/1990
7. Es Usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación / / NO (x)	8. Tiempo Residencia:	() MESES
9. Correo Electrónico:	-	10. Telef. Personal:	900195943
11. Institución/Cargo:	Comité Local - Secretaria	12. Telf. Institucional:	-
13. Departamento:	Ancash	14. Provincia:	Cashua
15. Distrito:	Amashca	16. CCPP/Dirección:	Amashca
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:			17. FECHA OCURENCIA:
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:			02/08/22
18. Departamento:	Ancash	19. Provincia:	Cashua
20. Distrito:	Amashca	21. CCPP/Dirección:	Amashca
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:			
<p>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?</p>			
<p>La Sra. Amelia Berónica Solano Rodríguez, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Amashca, recibió el reclamo de la Sra. Cintia Infantes Chavez, quien tiene a su cargo a su hijo de nombre Luis Fernando Peña Infantes, identificado con DNI N° 76610142, de 23 años de edad, quien presenta discapacidad mental desde su nacimiento, su hijo no se vale por si solo tiene los pies doblados y no habla, esta encargada de afrontar su cuidado con su esposo ambos adultos mayores, no cuentan con medios de subsistencia por lo que solicitó la afiliación de su hijo al programa Contigo.</p> <p>La Sra. Cintia Infantes indicó, que presentó los requisitos exigidos por el programa en la OMAPED de la municipalidad del distrito de Amashca aproximadamente en el mes de noviembre 2021, han transcurrido ya ocho meses, desde entonces la respuesta que recibe es "en el mes siguiente va salir", situación que le preocupa, debido a la emergencia sanitaria su situación económica se ha visto afectada.</p> <p>Por lo manifestado, solicitó que su hijo con discapacidad severa sea afiliado al programa Contigo.</p>			
23. TIPO d ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (x) Queja () Denuncia ()	24. TOTAL FOLIOS:	05
25. Dctos. ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio () 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	
<p>NOMBRES APELLIDOS: <u>Amelia Solano Rodríguez</u></p> <p>DNI: <u>70582347</u> CARGO: <u>Secretaria CL</u></p>		<p>NOMBRES APELLIDOS: _____</p> <p>DNI: _____ CARGO: _____</p>	

ANEXO 03

CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD SEVERA



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: _____ Nro.: 00341411
00001516 - CARHUAZ

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Peña, Infantes, Luis Fernando

SEXO	EDAD	N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	ETNIA
Masculino	Años: 22 Meses: 3	76610142	DNI/E 76610142	Mestizo
UBIGEO RENIEC (DPTO/PROVIDIS)		DIRECCION RENIEC		
Ancash / Carhuaz / Amashca		JR. LOS INCAS S/N		
UBIGEO ACTUAL (DPTO/PROV/DIS)		DIRECCION ACTUAL		
Ancash / Carhuaz / Carhuaz		C.P. AMASHCA		
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?			No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Parálisis cerebral espástica dipléjica	G801	Encefalopatía hipoxico isquémica del recién nacido	P916
Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	F721	Retraso mental grave, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	F721

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	5	0	Sin limitación
De La Comunicación	5	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	5	2	Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	5	3	Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	5	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	5	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

<input checked="" 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 afeitarse, vestirse, cocinar y comer	<input checked="" 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

- No ¿Es difundo? Si

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

PACIENTE REQUIERE MANEJO EN PSIQUIRIA PARA DIAGNÓSTICO Y MANEJO POR PRESENTAR AUTOAGRESIONES. MANEJO DE TERAPIA PSICOLOGICA A LA FAMILIA.

Se recomienda su reevaluación en 60 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. UNION S/N CARHUAZ 22 de Octubre de
Ancash - Carhuaz - 2021
Carhuaz

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

ROBLES CACERES, ESTHER GUILLERMINA

N° CMP

N° RNE

55646

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


M.C. Robles Cáceres Esther
Médico Cirujano
CMP 055646


M. Luis Enrique Sotomayor
DIRECTOR
DNI N° 32861915


M. Luis Enrique Sotomayor
DIRECTOR
DNI N° 32861915

¿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)

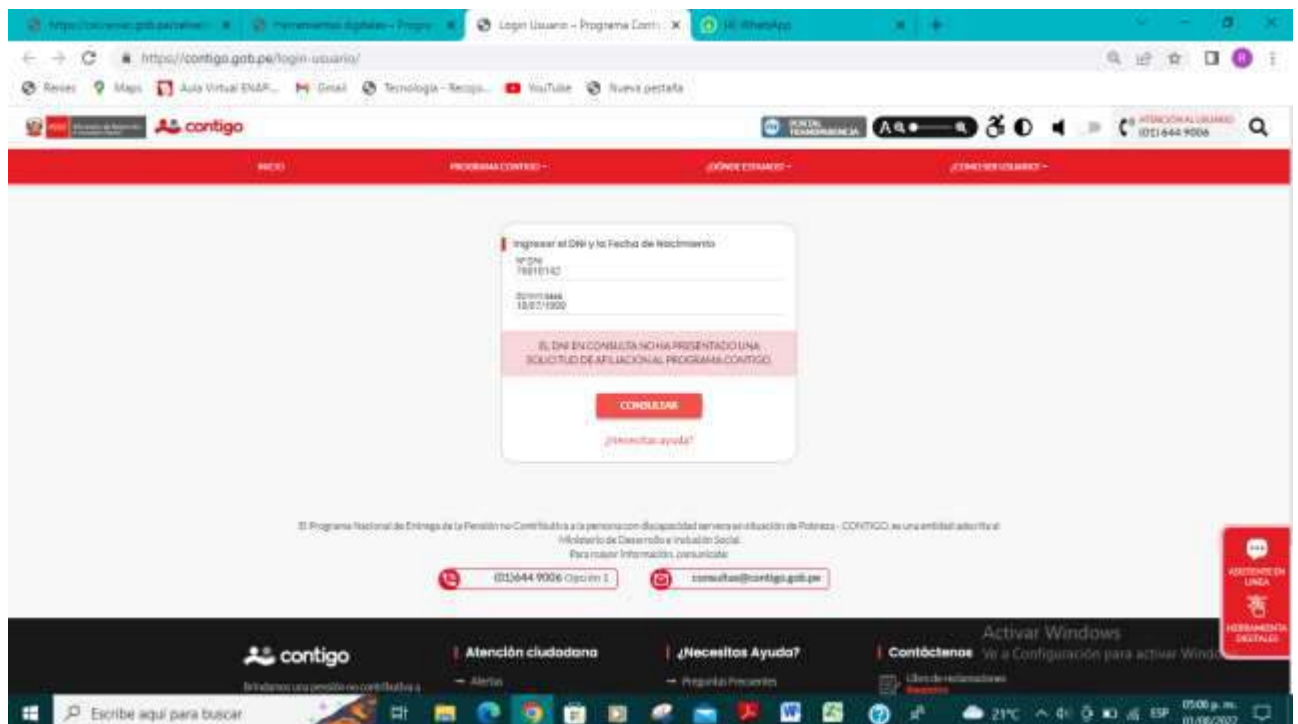
Si

ANEXO 04
REGISTRO FOTOGRAFICO



FOTO 04: Situación del potencial usuario.

ANEXO 05
CAPTURA DE PANTALLA DEL PORTAL DEL PROGRAMA CONTIGO



<https://contigo.gob.pe/login-usuario/> 05.08.2022