

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

*“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 Años de Independencia”*

OFICIO N° 022-2021-CTVC/HUANUCO

Huánuco, 18 de marzo del 2021

Sra.:

Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Directora Ejecutivo

Programa Nacional de la Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO.

Huánuco.-

Asunto: Se ALERTA uno (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 (en adelante, el Comité), en especial de su presidente, Monseñor Luís Bambarén Gastelumendi. Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 CASO¹:

• **CASO N° 050-2021-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

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 es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO **corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas**, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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 Huánuco: 942161082 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 050-2021-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	
				15/03/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		ALBORNOZ CORNE MIDA		3. NÚMERO-DNI:	
				22755756	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE OBAS		5. CARGO:	
				PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
				15/03/2021	
7. DEPARTAMENTO:		HUÁNUCO		8. PROVINCIA:	
				YAROWILCA	
9. DISTRITO:		OBAS		10. CCPP/DIRECCIÓN:	
				OBAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	
				SR - HUANUCO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	
				01 punto crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 15/03/2021, la Presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Obas, mediante llamada telefónica, informó la situación de una ciudadana, que se plasmó en la Ficha de Atención N° 011-2021-CTVC-HUA, con el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** - El 15/03/2021, la presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana identificó a la ciudadana, Gonzala Tucto Bega con DNI 22727312, adulta mayor de 63 años de edad, quien reside en el distrito de Obas, tiene discapacidad severa y su hogar se encuentra en situación de pobreza.

La ciudadana en mención no se encuentra incorporado al programa CONTIGO, pese a que cuentan con todos los requisitos exigidos. Además, manifiesta que, en el mes de abril de año 2020, intentó presentar en la oficina de OMAPED de la municipalidad distrital de Obas, los documentos para su afiliación al programa social; sin embargo, el responsable de la OMAPED le dijo que aún no están atendiendo ninguna solicitud, sin darle mayor información. **(Ver ficha de Atención).**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que el Programa CONTIGO aplique la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE sobre "Afiliación, elaboración del padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva", aprobada con RDE N° 049-2019-MIDIS/PNPDS-DE.

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

1. Anexo N° 01: Ficha de Atención N° A-011-2021-CTVC-HUA-C **(01 folio).**
2. Anexo N° 02: Fotografía de los documentos de la ciudadana (requisitos para el programa) **(04 folios)**


Sherli Karina Salomé Arzapalo
 Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION			FICHA N°: A-011-2021-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 () QALI WARMA () PENSION 65 () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS ()			2. FECHA DE REGISTRO	15/03/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)						
3. Apellidos y Nombres:		ALBORNOZ CORNE MIDA		4. Documento - DNI	22755756	
5. Sexo (Género):		FEMENINO		6. Fecha-Nacimiento:	15/01/1972	
7. Es Usuario(a)?:		SI ()	Fecha Afiliación ____/____/____	NO (X)	8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:		
11. Institucion/Cargo:		PRESIDENTE DEL CLTV		12. Telef. Institucional:	942154740	
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia:	YAROWILCA	
15. Distrito:		OBAS		16. CCPP/Dirección:	OBAS	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	15/03/2021	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:						
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	YAROWILCA	
20. Distrito:		OBAS		21. CCPP/Dirección:	OBAS	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>						
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?						
La ciudadana Mida Alborno Corne, presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Obas, manifestó que la ciudadana Gonzala Tucto Bega con DNI N° 22727312, adulto mayor de 63 años de edad, es una persona con discapacidad severa, se encuentra en situacion de pobreza y vive en el distrito de Obas pese a contar con los requisitos solicitados por el programa no es usuarios del programa CONTIGO.						
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (x) Queja () Denuncia ()			24. TOTAL FOLIOS	2
25. Dctos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (x) DJ () Otros ()				
26. OBSERVACIONES:						
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR DEL COMITÉ LOCAL)				(MIEMBRO		
NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL						
NOMBRES y APELLIDOS: MIDA ALBORNOZ CORNE				NOMBRES y APELLIDOS:		
DNI: 22755756 CARGO: PRESIDENTE DEL CLTV				DNI: CARGO:		

Anexo 02:

Fotografía de los documentos de la ciudadana Gonzala Tucto Bega (requisitos para el programa) – DNI de la ciudadana.



Anexo 02:

Fotografía de los documentos de la ciudadana Gonzala Tucto Bega (requisitos para el programa) –
Carné que le identifica como persona con discapacidad de la ciudadana.



Anexo 02:
Fotografía de los documentos de la ciudadana Gonzala Tucto Bega (requisitos para el programa) –
Certificado de Discapacidad Severa de la ciudadana.

25/3/2019

Certificado de Discapacidad: 00159185

PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: _____ Nro.: 00159185
00000862 - OBAS

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Tucto, Bega, Gonzala

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carpet extranjero
Femenino	61	3	22727312	22727312	

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? ☒ Si

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Ceguera monocular	H544	Traumatismo del nervio óptico (II par) y de las vías ópticas	S040

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	2	0 Sin limitación
De La Comunicación	1	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	0	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	2	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	1	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	4	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	0	6 La actividad no se puede realizar o mantener aún con 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 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	☒ Para marcha y transporte ☐ Para comunicación, información y señalización
Personales ☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer ☐ Para efectos estéticos o cosméticos	☐ Dependencia de otra persona
No requiere ☐ No requiere	

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN
30,5 % ¿Es diferido?: No

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

<http://discweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/5aad96f1-de2d-4dc4-8048-7c50e56fac36/>

25/3/2019

Certificado de Discapacidad: 00159185

Este documento tiene una vigencia de 24 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

JR. MARTEL DIAZ S/N
OBAS
Huánuco - Yarowilca - Obas

25 de Marzo de
2019

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

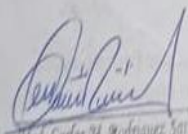
RODRIGUEZ SANTILLAN, CARLOS MARX

N° CMP

77574

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MEDICO
QUE CERTIFICA


Med. Carlos M. Rodríguez Santillán
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 977574

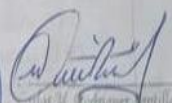
FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE
SERVICIO O DEPARTAMENTO




Med. Carlos M. Rodríguez Santillán
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 977574

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O
DIRECTOR DEL
ESTABLECIMIENTO




Med. Carlos M. Rodríguez Santillán
MEDICO CIRUJANO
C.M.P. 977574

¿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)

No