

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Ica, 28 de abril de 2021

OFICIO N° 014-2021-CTVC/ICA

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° 051-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 052-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 053-2021-CTVC/ICA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de las mismas.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,



.....
Jhony Rojas Inga
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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ica.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| Telf. ICA: 942159108 Telf. LIMA: 945095602 | | CASO | | N° 051-2021-CTVC/ICA | |
| PROGRAMA SOCIAL: | | CONTIGO | | 1. FECHA DE REGISTRO: 14/04/2021 | |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: | | | | | |
| 2. APELLIDOS NOMBRES: | | MARTINEZ SAMANIEGO SONIA JUDITH | | 3. NÚMERO-DNI: 21867324 | |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE PARCONA | | 5. CARGO: VICEPRESIDENTE | |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: | | | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 13/04/2021 | |
| 7. DEPARTAMENTO: | | ICA | | 8. PROVINCIA: ICA | |
| 9. DISTRITO: | | PARCONA | | 10. CCPP/DIRECCIÓN: CALLE R.P. BARRENECHEA 169 | |
| 11. PROCESO: | | GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA | | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN? VIVIENDA DE MARÍA EUGENIA GODOY AMESQUITA | |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | | 01 | | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 | |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES): | | | | | |

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia al programa Contigo, la vicepresidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Parcona, reporta la Ficha de Atención A-010-2021-ICA-D, en el cual se registra el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AFILIACION.** Durante la entrevista telefónica con la señora MARIA EUGENIA GODOY AMESQUITA, identificada con DNI N° 21570416, de 45 años de edad, persona con discapacidad severa, manifiesta que el 17/12/2019, presentó el expediente (Formato PC 1000, copia de certificado de discapacidad severa, consulta CSE, etc.) a la Oficina del OMAPED del distrito de Parcona, para ser afiliada como beneficiaria del programa Contigo, sin embargo, hasta el momento no tiene respuesta del Programa Contigo.
Cabe mencionar que la señora MARIA EUGENIA GODOY AMESQUITA, ha consultado en reiteradas oportunidades al responsable del OMAPED Parcona, obteniendo como respuesta "que ya enviaron a la sede central del Programa Contigo para su afiliación" El ETR hizo la consulta en la web del programa <https://contigo.gob.pe/>, en el cual indica que "Usted no está afiliado(a) al Programa Contigo. VER ANEXO

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar en qué estado se encuentra la solicitud presentada por la ciudadana en estado de discapacidad severa ante el programa.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 08 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-010-2021-ICA-D (folio 1)
- Anexo 2: Copia del PC 1000 presentado el 17/12/2019 (folio 1)
- Anexo 3: Copia del PC 1000 actual (folio 1)
- Anexo 4: Clasificación socioeconómica de POBRE (folio 1)
- Anexo 5: Copia de Certificado de Discapacidad Severa (folio 2)
- Anexo 6: Copia de DNI (folio 1)
- Anexo 7: Fotografía (folio 1)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

FECHA: 17-12-2019

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Viceministerio de Prestaciones Sociales

PROCEDIMIENTO DE: Para personas con discapacidad severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 17-12-2019

PROCEDIMIENTO DE: AFILIACIÓN AUTORIZACIÓN DE COBRO RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (complete con letra impresa)

1.1 DNI: 21570416

1.2 APELLIDO PATERNO: GODOY

1.3 APELLIDO MATERNO: AMESQUITA

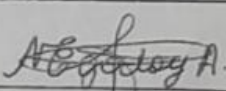
1.4 NOMBRES: MARIA EUCENIA

1.5 CORREO ELECTRÓNICO: _____ 1.6 TELÉFONO: 910854553 (CELULAR)

1.7 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

- Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).


 FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI: 21485317 2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: MADRE(1) PADRE(2) OTRO(3) _____

2.3 APELLIDO PATERNO: AMESQUITA

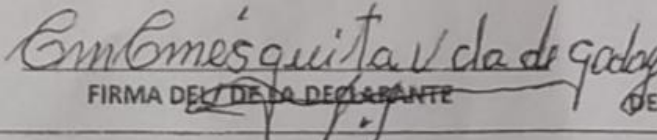
2.4 APELLIDO MATERNO: MUÑOZ VDA DE GODOY


2.5 NOMBRES: CARMEN MARIA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO: _____ 2.7 TELÉFONO: 910854553

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

- Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.
- Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).
- Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.
- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros)
- En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).


 FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE


 HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE

ANEXO 03:
Formato PC 1000, de solicitud de afiliación, presentado por segunda vez



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional de Entrega de la Pensión
no Contributiva a Personas con Discapacidad
Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

FORMATO PC 1000

FECHA: 12-04-2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA (completa con letra impresa)

1.1 DNI:

21570416

1.2 DEPARTAMENTO:

ICA

1.3 PROVINCIA:

ICA

1.4 DISTRITO:

PARCONA

1.5 DIRECCIÓN:

CALE. RAUL PORRAS BARRENECHEA # 163

1.6 REFERENCIA:

POR LA ESQUINA DE LA COMISERIA PARCONA

1.7 APELLIDO PATERNO:

GODOY

1.8 APELLIDO MATERNO:

AMESQUITA

1.9 NOMBRES:

MARIA EUGENIA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

mgodoyamesquita45@gmail.com

1.11 TELÉFONO:

916001964

(CELULAR)

1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

- Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

- Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas, o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros).

M. Godoy
FIRMA O HUELLA DE LA
PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA

2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en casos que sea cuidador de la persona con discapacidad severa menor de 18 años o adulto que no exprese voluntad)

2.1 DNI:

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

 MADRE(1) PADRE(2)

OTRO(3) especificar

2.3 APELLIDO PATERNO:

2.4 APELLIDO MATERNO:

2.5 NOMBRES:

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO:

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. Yo declaro que realizo tareas permanentes de apoyo y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resido con el/ella en la misma vivienda.

2. Conozco las responsabilidades que asumo al solicitar la autorización de cobro de la pensión por discapacidad severa, y expreso mi compromiso de utilizar el monto recibido cada dos meses íntegramente en gastos propios de la mejora de la calidad de vida del usuario (salud, alimentación, movilidad, entre otros).

3. Exproso mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales. Considerando que la atención de la solicitud involucra el tratamiento de datos personales, que en algunos casos constituyen datos sensibles, por lo que doy mi libre y expreso consentimiento para el acceso a base de datos personales, ya sean públicas o privadas, incluyendo datos sensibles.

4. Autorizo que el resultado de la presente solicitud, como también la creación de cuentas o en su defecto las observaciones que se formulen; sean notificadas a la dirección de correo electrónico (e-mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, y/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (OMAPED, ULE u otros)

5. En caso se compruebe que las autorizaciones y declaraciones proporcionadas en la presente solicitud no corresponden a la realidad o sean falsas, me someto a las responsabilidades administrativas, civiles y penales correspondientes (Artículo IV, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N°27444).

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE

ANEXO 04:
Consulta de Clasificación Socio Económico de María Eugenia Godoy Amesquita


1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 11414407
 CODIGO DE CLASIFICACION: 24988041
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 21570418
 APELLIDO PATERNO: GODOY
 APELLIDO MATERNO: AMESQUITA
 APELLIDO DE CASADA:
 NOMBRES: MARIA EUGENIA
 SEXO: FEMENINO
 FECHA DE NACIMIENTO: 04/03/1978
 HOGAR ESTADO: HOGAR SIN RESTRICCION
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 18/01/2020
 FUENTE: ULF
 UBICACIÓN GEOGRAFICA :

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
 PROVINCIA: ICA
 DISTRITO: PARCONA
 UBIGEO: 110108
 CENTRO POBLADO: PARCONA
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
 DIRECCION: OTRO. RAUL PORRAS BARNECHEA NRO. PUERTA SN PISO.01
 REFERENCIA DE DOMICILIO:
 NÚCLEO URBANO : PARCONA
 TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 28/01/2020
 FECHA VIGENCIA FINAL: 28/01/2024
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
 CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: POBRE (2)
 AREA: URBANO
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 17370477

(2) Por nueva información proporcionada

4. INTEGRANTES DEL HOGAR

| NRO. | NRO. DOCUMENTO | APELLIDO PATERNO | APELLIDO MATERNO | APELLIDO CASADA | NOMBRES | GENERO | FECHA NACIMIENTO | TRAMITE PENDIENTE |
|------|----------------|------------------|------------------|-----------------|---------------|----------|------------------|---|
| 1 | 21485317 | AMESQUITA | MUÑOZ | VDA DE GODOY | CARMEN MARIA | FEMENINO | 12/01/1940 |  |
| 2 | 21570418 | GODOY | AMESQUITA | | MARIA EUGENIA | FEMENINO | 04/03/1978 |  |



AVISO LEGAL

El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley Nro 29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que concierne al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales. La información contenida en este documento es originada por la Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida. Si usted no es el destinatario previsto, por favor elimine el documento. Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

Importante: La Dirección de Operaciones de Focalización (DOF), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a los Programas Sociales y/o Subsidios del Estado, el resultado de la CSE de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción correspondientes

ANEXO 05:

Copia de Certificado de Discapacidad de María Eugenia Godoy Amesquita

| | | | | | |
|--|-------------|--|---|------------------------------------|--------------------|
|  | | PERÚ | Ministerio de Salud | Certificado de Discapacidad | |
| | | | | Aplicación de la ley N° 29973 | |
| Establecimiento de Salud | | Nro.: 00222535 00003358 - REGIONAL DE ICA | | | |
| I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES | | | | | |
| Godoy, Amesquita, Maria Eugenia | | | | | |
|  | | | | | |
| SEXO | EDAD | | N° H.C. | DOCUMENTO DE IDENTIDAD | |
| Femenino | Años | Meses | 692309 | DNI | Carnet extranjería |
| | 43 | 8 | | 21570416 | - |
| ¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? | | | | No | |
| II. DIAGNOSTICO DE DAÑO | | CIE | III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO | | CIE |
| Esquizofrenia paranoide | | F200 | Historia personal de otros factores de riesgo, no clasificados en otra parte | | Z918 |
| IV. DISCAPACIDAD | | | | | |
| De La Conducta | 3 | 0 | Sin limitación | | |
| De La Comunicación | 2 | 1 | Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda | | |
| Del Cuidado Personal | 1 | 2 | Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda | | |
| De La Locomocion | 0 | 3 | Requiere además de asistencia momentánea de otra persona | | |
| De La Disposicion Corporal | 3 | 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 Situacion | 4 | 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 | | | | | |
| <input 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 asearse, vestirse, cocinar y comer | | | <input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona | | |
| <input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos | | | | | |
| No requiere | | | | | |
| <input type="checkbox"/> No requiere | | | | | |
| VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN | | | | | |
| 50,04 % | | ¿Es diferido?: No | | | |
| discweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/32276be0-c776-4a1b-b90a-20e1426ae7f6/ | | | | | |

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

REQUIERE : APOYO PROFESIONAL ESPECIALIZADO EN FORMA SOSTENIDA Y APOYO FAMILIAR CONTINUO

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

PROLONG. AYABACA 21 de Noviembre de
S/N 2019
Ica - Ica - Ica

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

CALDAS GAMONAL DE SALINAS, RITA EVA

N° CMP

15148

N° RNE

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

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Rita E. Caldas Gamonal De Salinas
Dra. Rita E. Caldas Gamonal De Salinas
C.M.P. 15148
Jefe del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación

GORE - ICA
DIRECCION REGIONAL DE SALUD DE ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. AVALOS CHACALTANA OCTAVIO
DR. AVALOS CHACALTANA OCTAVIO
C.M.P. 69713 R.M.E. 2908
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

GORE - ICA
HOSPITAL REGIONAL DE ICA
Dr. Renan Rios Villagomez
Dr. Renan Rios Villagomez
DIRECTOR EJECUTIVO DEL H.R.I.
--75

¿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

