

**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)

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



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 052-2021-CTVC/ICA

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	16/04/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	ANGULO DE DEL AGUILA DORA		3. NÚMERO-DNI:	22263320
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE PUEBLO NUEVO		5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURRENCIA:	13/04/2021
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA:	CHINCHA	
9. DISTRITO:	PUEBLO NUEVO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JULIO ARBOLEADA PROLONG. LIMA 726	
11. PROCESO:	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	VIVIENDA DE GLADYS MARÍA EMILIA SALHUANA VDA DE LEON CAFFERATA	
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 secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Parcona, reporta la Ficha de Atención A-011-2021-ICA-D, en el cual se registra el siguiente punto crítico:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** La señora GLADYS MARÍA EMILIA SALHUARA VIUDA DE LEON, con DNI N° 21812972, tiene 96 años de edad, es una persona con discapacidad severa, quien vive con dependencia de otra persona para todas sus actividades rutinarias, es cuidada por su hermana que también es de la tercera edad y vive en condiciones vulnerables. Dicha persona con discapacidad no es beneficiaria del Programa pese contar con los requisitos: a) Cuenta con un Certificado de discapacidad severa emitido por el establecimiento de salud certificadora. b) No percibe ingreso ni pensión que provenga del ámbito público o privado, tampoco cuenta con seguro de salud-EsSaLUD. c) Se encuentra en condición socio económico pobre, según consulta realizada al SISFOH. **VER ANEXO.**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Verificar el presente caso y de ser pertinente realizar su afiliación al programa.
- 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/folios: 08 folios)

1. Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-011-2021-ICA-D (folio 1)
2. Anexo 2: Copia del PC de Gladys María Emilia Salhuara Viuda de León (folio 1)
3. Anexo 3: Clasificación socioeconómica de POBRE (folio 1)
4. Anexo 4: Copia de Certificado de Discapacidad Severa (folio 2)
5. Anexo 5: Copia de DNI (folio 1)
6. Anexo 6: Copia de Carnet de Discapacidad (folio 1)
7. Anexo 7: Fotografía (folio 1)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

ANEXO 02:
Formato PC 1000, Gladys María Emilia Salhuara



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: 14-04-2021

PROCEDIMIENTO DE:



AFILIACIÓN



AUTORIZACIÓN DE COBRO



RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 21812972

1.2 DEPARTAMENTO: ICA

1.3 PROVINCIA: CHINCHA

1.4 DISTRITO: CHINCHA ALTA

1.5 DIRECCIÓN: Julio Arbolada Pedregal, Lima 72 b

1.6 REFERENCIA: Frente a Clínica Vásquez

1.7 APELLIDO PATERNO: SALHUAMA Vda DE LEON

1.8 APELLIDO MATERNO: CAFFERATA

1.9 NOMBRES: GLADYS MARÍA EMILIA

1.10 CORREO ELECTRÓNICO:

1.11 TELÉFONO: 056262324
(CELULAR)1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? SI NO

- Expreso 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: 21785711

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

 MADRE(1)

 PADRE(2)

 OTRO(3)

Hermano

2.3 APELLIDO PATERNO: SALHUAMA DE MAITA

2.4 APELLIDO MATERNO: CAFFERATA

2.5 NOMBRES: LUISA DOMITILA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO:

2.7 TELÉFONO: 056262324

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. Expreso 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].

Luisa Salhuara de Maíta

FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL
DEL/ DE LA DECLARANTE



ANEXO 03:

Consulta de Clasificación Socio Económico de Gladys María Emilia Salhuara

09/09/2020

Consulta del Padron General de Hogares



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

RESULTADO DE CONSULTA MI HOGAR

Estimado(a) ciudadano(a): SALHUANA CAFFERATA VDA DE LEON GLADYS MARIA EMILIA
continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 6/09/2020 a las 19:36:50

1. Código de Hogar : 10896057
2. Código Clasificación Socioeconómica : 24669731
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 04/11/2019 Hasta 04/11/2023
5. Fuente(*) ; : ULF
6. Departamento : ICA
7. Provincia : CHINCHA
8. Distrito : CHINCHA ALTA
9. Centro Poblado : CHINCHA ALTA
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda ; : OTRO. PROLONGACION LIMA NRO. PUERTA 726 PISO.01
12. Estado de la CSE : VIGENTE
13. Integrantes del Hogar:

Tipo Documento	N° Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	21795665	ELBA FELICIA	SALHUANA	CAFFERATA
DNI	21795975	DORA ALBERTINA	SALHUANA	CAFFERATA
DNI	21812972	GLADYS EMILIA MARIA	SALHUANA	CAFFERATA VDA DE LEON


Enviar resultado por Correo:

RESULTADO DE CONSULTA PGH

ANEXO 04:

Copia de Certificado de Discapacidad de Gladys María Emilia Salhuara

18520-17

 PERÚ Ministerio de Salud		Certificado de Discapacidad Aplicación de la ley N° 29973	
Establecimiento de Salud		Nro.: 00059556 00003414 - SAN JOSE DE CHINCHA	
I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES Salhuara, Cafferata Vda De Leon, Gladys Maria Emilia			
SEXO Femenino	EDAD Años: 92 Meses: 1	N° H.C. 21812972	DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI: 21812972 Carnet extranjeria
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?		No	
II. DIAGNOSTICO DE DAÑO CEGUERA DE AMBOS OJOS OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS		CIE H540 R268	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO CEGUERA DE AMBOS OJOS OTRAS ANORMALIDADES DE LA MARCHA Y DE LA MOVILIDAD Y LAS NO ESPECIFICADAS
			CIE H540 R268
IV. DISCAPACIDAD			
De Situación	4	0 Sin limitación	
De La Destreza	4	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda	
De La Disposición Corporal	4	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda	
De La Locomoción	4	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona	
Del Cuidado Personal	4	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo	
De La Comunicación	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 La Conducta	1	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	x 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	



14

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"/> Para comunicación, información y señalización
<input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo		
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		
44,64 %	¿Es diferido?: No	
VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES		
CALIDAD DE VIDA		
Este documento tiene una vigencia de 24 meses desde la fecha de expedición.		
LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN	HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO	
AVENIDA ABELARDO ALVA MAURTUA 10		
N° 600 AV. ABELARDO ALVA de		
MAURTUA N° 600 CHINCHA ALTA Julio		
CHINCHA ICA de		
Ica - Chíncha - Chíncha Alta 2017		
APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
TALLA CONDEZO, MARIELLA DEL CARMEN	27609	29377
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
Gobierno Regional de Ica DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD Hospital "San José" de Chíncha	Gobierno Regional Ica Dirección Regional de Salud Hospital San José de Chíncha	Gobierno Regional Ica Dirección Regional de Salud Hospital San José de Chíncha
MARIELLA DEL CARMEN TALLA CONDEZO MEDICO - REHABILITADOR CMP: 27609 - RNE: 29377	Dr. JOHN CAYANI GUILLE: C.M.P. 30375 Jefe del Departamento de Medicina	Dr. Hugo E. Huéman Brizuela C.M.P. N° 34681 Director Ejecutivo
¿Desea Ud. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? Sí		
(CONADIS, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)		



ANEXO 06:
Carnet de Discapacidad de Gladys María Emilia Salhuara



República del Perú
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

18520-2017



ORIGINAL

Apellidos:
SALHUANA CAFFERATA VDA DE LEON
Nombres:
GLADYS MARIA EMILIA
DNI: 21812972
Discapacidad (CIDDM-OMS):
Conducta, Comunicación, Cuidado personal,
Locomoción, Disposición corporal, Destreza, Situación
Diagnóstico (CIE 10):
H54.0, R26.8

CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RESOLUCIÓN: 18520-2017

Inscripción:
14/08/2017
Emisión:
17/08/2017
Caducidad:
17/08/2027



ABOG. MANJUEL VILCARROMERO LÓPEZ
Director de Investigación y Registro

El presente carnet, es personal e intransferible.
Informes Av. Arequipa N° 375 Santa Beatriz - Lima 1

ANEXO 07:
Fotografía de Gladys María Emilia Salhuara

