

**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)<sup>1</sup>:

- 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

<sup>1</sup> 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](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [ica.rrctvcperu@gmail.com](mailto:ica.rrctvcperu@gmail.com)**

**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108 Telf. LIMA: 945095602		<b>CASO</b>		N° 053-2021-CTVC/ICA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 19/04/2021	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>					
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	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>				6. FECHA DE OCURRENCIA: 19/04/2021	
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 MICKEL BUFARINI RODRIGUEZ SALVATIERRA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>					

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-012-2021-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).** Durante la veeduría realizada se pudo observar que el joven MICKEL BUFARINI RODRIGUEZ SALVATIERRA, con DNI N° 47352206, de 29 años de edad, es una persona con discapacidad severa, es asistido por su madre para realizar algunas actividades rutinarias, y viven 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:**

- Revisar 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: 07 folios)**

1. Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-012-2021-ICA-D (folio 1)
2. Anexo 2: Copia del PC de Mickel Bufarini Rodriguez Salvatierra (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: Fotografía (folio 1)



**Jhony Rojas Inga**  
Responsable de Regional



ANEXO 02:  
Formato PC 1000 de Mickel Bufarini Rodriguez Salvatierra

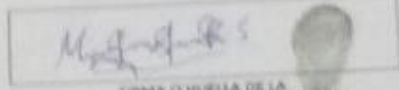
FORMATO PC 1000

FECHA: 14/09/2021  
 PROCEDIMIENTO DE:  ATRIBUCIÓN  AUTORIZACIÓN DE COBRO  RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 71030210 1.2 DEPARTAMENTO: Ica  
 1.3 PROVINCIA: Cajancha 1.4 DISTRITO: Pueblo Nuevo  
 1.5 DIRECCIÓN: Avda. Micaela Boticas, Mo Alto 1.6 REFERENCIA:  
 1.7 APELLIDO PATERNO: Rodriguez  
 1.8 APELLIDO MATERNO: Salvatierra  
 1.9 NOMBRES: Mickel Bufarini  
 1.10 CORREO ELECTRÓNICO: 1.11 TELÉFONO (CELULAR):  
 1.12 ¿ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD?  SI  NO

Depongo mi consentimiento para que el Programa CONTIGO use, en el marco de sus funciones, los datos personales, considerando que la atención de la solicitud constituye 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 (o mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, u/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (SMHPEID, UJE o otros).  
 En caso de comprobarse 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 4, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.1 de la Ley N° 27444).

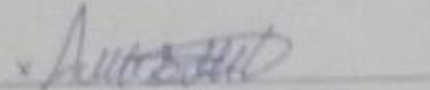
  
 FIRMA O HUELLA DE LA PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA


2. INFORMACIÓN DEL/ DE LA AUTORIZADO/A (solo en caso que sea sustituto de la persona con discapacidad para mayor de 18 años o sustituto que no sea un sustituto)

2.1 DNI: 27859079 2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:  MADRE(1) OTRO(1)  PADRE(2)  
 2.3 APELLIDO PATERNO: Salvatierra  
 2.4 APELLIDO MATERNO: Quispe  
 2.5 NOMBRES: Ana Maria  
 2.6 CORREO ELECTRÓNICO: 2.7 TELÉFONO: 955949842

2.8 DECLARACIÓN JURADA PARA AUTORIZACIÓN

1. No he hecho que resulte lesivo permanente de salud y cuidado a la persona con discapacidad severa identificada en el presente formulario, y que resulte con efectos 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 constituye 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 (o mail) o al número de teléfono celular señalado en el presente formulario vía SMS, u/o a la Municipalidad distrital de mi jurisdicción (SMHPEID, UJE o otros).  
 5. En caso de comprobarse 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 4, Numeral 1.7 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.1 de la Ley N° 27444).

  
 FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

  
 HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE



## Consulta de Clasificación Socio Económico de Mickel Bufarini Rodriguez Salvatierra


## 1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 2172529  
 CODIGO DE CLASIFICACION: 26463849  
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 47352208  
 APELLIDO PATERNO: RODRIGUEZ  
 APELLIDO MATERNO: SALVATIERRA  
 APELLIDO DE CASADA:  
 NOMBRES: MICKIEL BUFARINI  
 SEXO: MASCULINO  
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/09/1992  
 HOGAR ESTADO: HOGAR SIN RESTRICCIÓN  
 FECHA EMPADRONAMIENTO: 19/08/2019  
 FUENTE: ULF  
 UBICACIÓN GEOGRAFICA :

## 2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA  
 PROVINCIA: CHINCHA  
 DISTRITO: CHINCHA ALTA  
 UBIGEO: 110201  
 CENTRO POBLADO: CHINCHA ALTA  
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001  
 DIRECCION: OTRO. ASENTAMIENTO HUMANO SEÑOR DE LOS MILAGROS NRO. PUERTA 0018 PISO.01 MZA. B  
 REFERENCIA DE DOMICILIO: POR LA PRIMERA ETAPA POR LA SEQUIA  
 NÚCLEO URBANO :  
 TIPO DE CARGA: FSU-2013

## 3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 12/07/2019  
 FECHA VIGENCIA FINAL: 12/07/2023  
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE   
 CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: POBRE (2)  
 AREA: URBANO  
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 16128127

## (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	62723775	UCHARIMA	SALVATIERRA		SAMUEL DAVID	MASCULINO	12/01/2011	
2	21780936	UCHARIMA	USCATA		ANTONIO	MASCULINO	14/05/1985	
3	21859079	SALVATIERRA	QUISPE		ANA MARIA	FEMENINO	29/12/1970	
4	60465740	UCHARIMA	SALVATIERRA		SARA RUTH	FEMENINO	14/12/2006	
5	60671098	UCHARIMA	SALVATIERRA		JOSUE ABRAHAM	MASCULINO	17/08/2008	
6	76214556	UCHARIMA	SALVATIERRA		JHON ANTHONY	MASCULINO	25/12/1998	
7	47352208	RODRIGUEZ	SALVATIERRA		MICKIEL BUFARINI	MASCULINO	25/09/1992	
8	76214555	UCHARIMA	SALVATIERRA		CRISTHIAN MANUEL	MASCULINO	25/06/2004	

## 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



PERÚ Ministerio de Salud

### Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00288941  
00003414 - SAN JOSE DE CHINCHA

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**

Rodriguez, Salvatierra, Mickiel Bufarini

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjería
Masculino	28	6	2614-07	47352206	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Esquizofrenia paranoide	F200	Esquizofrenia paranoide	F200
-	-	-	-

**IV. DISCAPACIDAD**

De La Conducta	4	0 Sin limitación
De La Comunicación	4	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	4	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	1	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	2	4 Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	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 Situación	3	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 <b>no tiene discapacidad</b>
Discapacidad Leve	1	Si el código es 1, la persona tiene <b>discapacidad leve</b>
Discapacidad Moderada	2-3	Si el (los) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene <b>discapacidad moderada</b>
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 <b>discapacidad severa</b>

**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**

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

Este documento tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA ABELARDO ALVA MAURTUA N° 4 de  
 600 AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° Abril  
 600 CHINCHA ALTA CHINCHA ICA de  
 Ica - Chincha - Chincha Alta 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA  
 MUÑOZ AROTUMA, CAROLINA PALMIRA

N° CMP

N° RNE

34640

031647

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 ICA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA  
  
 Dra. CAROLINA PALMIRA MUÑOZ AROTUMA  
 MEDICO - REHABILITADOR  
 CMP: 34640 - RNE: 031647

Gobierno Regional Ica  
 Dirección Regional de Salud  
 Hospital "San José" de Chincha  
  
 Dr. JOHN CAYANI GUILLÉN  
 C.M.P. 30375  
 Jefe del Departamento de Medicina

GOBIERNO REGIONAL ICA  
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
 HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA  
  
 M.C. VICTOR LUIS DONAYRE MORÓN  
 C.M.P. 54085 - A.M. A05527  
 DIRECTOR EJECUTIVO

¿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



ANEXO 06:  
Fotografía de Mickel Bufarini Rodriguez Salvatierra

