

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

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Tumbes, 17 de noviembre de 2021

**OFICIO N° 056-2021-CTVC/TUMBES**

Directora Ejecutiva

**DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO**

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

**Tumbes**

**Asunto:** se ALERTA UN (01) CASO

De mi mayor consideración

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle muy cordialmente a nombre del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana. 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, adjunto al presente le hago llegar los siguiente CASO:

- CASO N° 063-2021-CTVC/TUM

Finalmente me permito pedirle que se realice la verificación de estos casos y concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma

A la espera de su pronta atención, quedo de usted

Atentamente



Aquino Engelberto Zurita Guerrero  
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

Un **CASO RESUELTO** es aquel que el programa social ha comunicado al Comité - por escrito - manifestando:

1. Una conclusión sobre el CASO; precisando 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 sustenta esta decisión, **citando normas o documentos** que así lo demuestran.
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 a 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.

**Calle Francisco Pizarro N° 231 - (Frente al Colegio Las Américas – Calle Francisco Navarrete**

**Teléfono: (01) 422 6900, Celular: 942160416 - 942160878**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / tumbes.rrctvcperu@gmail.com**

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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Tumbes : 942160878 Teléfono Nacional: 942160416	CASO	N° 063-2021-CTVC/TUM
PROGRAMA SOCIAL:	<b>CONTIGO</b>	1. FECHA DE REGISTRO: 16/11/2021
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>		
2. APELLIDOS NOMBRES:	<b>ESTANISLAO RAMIREZ GARCIA</b>	3. NÚMERO-DNI: 00225654
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SAN JUAN DE LA VIRGEN	5. CARGO: PRESIDENTE
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA: 12/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	TUMBES	8. PROVINCIA: TUMBES
9. DISTRITO:	TUMBES	10. CCP/DIRECCIÓN: CIUDADELA NOE – I ETAPA S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 80570054-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	02	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>		

Con fecha 12/11/2021, el señor Estanislao Ramírez García Presidente del CLTV, durante acciones de vigilancia reporta el caso del ciudadano **Segundo Percy Tocto Román**, el que fue registrado en la ficha de atención A-029-2021-TUM-D, identificándose el siguiente punto crítico:

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA)** El señor Estanislao Ramírez García identificado con DNI N° 00225654, hace referencia que en el centro Poblado de Andrés Araujo Moran, específicamente en la zona de Ciudadela Noé existen personas con discapacidad severa y que de acuerdo a sus visitas y documentación presentada por los apoderados, se trataría de los hermanos con discapacidad severa que viven en una situación muy vulnerable, como son **Segundo Percy Tocto Román identificado con DNI N° 80570054 y Danitza Tocto Román de DNI N° 41600484**, además indica que dichas personas que por su condición en que viven desconocen los tramites que se deben hacer para acceder a los beneficios que brinda el programa.  
De lo descrito es necesario hacer notar que el programa Contigo, debe realizar las gestiones necesarias y articular acciones con las entidades que corresponda, a fin de atender posibles casos de sub cobertura en la región, en especial en el Centro Poblado de Andrés Araujo Moran.

Por lo manifestado el Equipo Técnico debe señalar lo siguiente:

- El artículo 2 del Decreto Supremo N° 004-2015-MIMP, que crea el Programa de pensión por discapacidad severa, establece que, El programa tiene por objeto **otorgar una pensión no contributiva a cargo del Estado las personas con discapacidad severa que se encuentren en situación de pobreza** con la finalidad de elevar su calidad de vida. Sin embargo, la existencia de casos de sub cobertura, como el que se presenta en la alerta en mención, estaría afectando el cumplimiento de dicho objetivo.
- El artículo 6 literal del mencionado Decreto y el numeral 6.1.2 de la directiva N° 07-2021-MIDIS/PNPDS-DE, aprobada mediante Resolución de Dirección Ejecutiva N° 95-2021-MIDIS/PNPDS-DE, establecen como requisitos para ser beneficiarios de la pensión no contributiva. A) Contar con un certificado de discapacidad severa emitido de conformidad con la Norma Técnica de Salud para la Evaluación, Calificación y Certificación de la Persona con Discapacidad; b) No percibir ingreso o pensión que provenga del ámbito público o privado, incluyendo las prestaciones económicas que se otorguen a través del Seguro Social de Salud - EsSALUD; c) Encontrarse en situación de pobreza bajo los criterios del Sistema de Focalización de Hogares – SISFOH.

- De acuerdo a los principios orientadores de la modernización de la gestión pública en el sector de desarrollo e inclusión, reconocidos en la Resolución Ministerial N° 270-2018-MIDIS, donde “.se busca articular el diseño, conclusión de planes y programas específicos dirigidos a distritos grupos vulnerables, por parte de los ministerios competentes y los gobiernos, con el propósito de...promover y proteger la capacidad jurídica y el ejercicio integral de los derechos de los grupos poblacionales en situación de vulnerabilidad y abandono...”, en ese sentido el programa debe promover la articulación, con entidades públicas, privadas y sociedad civil a fin de solucionar los posibles casos de sub cobertura, de esta manera, coadyudar a mejorar las condiciones de vida la población más vulnerable que no se encuentra como usuarios del programa.
- Por último, la Ley de Procedimiento Administrativo General Ley N° 27444, artículo 76 numeral 76.2 en atención al criterio de colaboración las entidades deben: prestar en el ámbito propio la cooperación y asistencia activa que otras entidades puedan necesitar para el cumplimiento de sus propias funciones, salvo que les ocasione gastos elevados o ponga en peligro el cumplimiento de sus propias funciones.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Realice las indagaciones del punto crítico alertado y de comprobarse el hecho, nos informe sobre las medidas adoptadas y acciones para la solución del caso.
- Programa, propicie la articulación entre las instituciones, sectores y los gobiernos en todos sus niveles, para establecer vinculación entre si y complementar capacidades, así como alinear objetivos y acciones con la finalidad de mejorar la calidad de vida de la población en situación de vulnerabilidad y abandono (personas con discapacidad severa).
- El programa de cumplimiento del Decreto Supremo N° 004-2013-PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 09 de enero del 2013, que establece una política de modernización, que tiene por objetivo general orientar articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (01))

1. Anexo 01: Ficha de Atención N° 029-2021-TUM-D (01folios)
2. Anexo 02: copia de de DNI (01folio)
3. Anexo 03: Copia de certificado de Discapacidad (02 folio)
4. Anexo 04: Copia de resultado de CSE (01 folio)
5. Anexo 05: Ilustración Fotografica (01 folio)

  
 \_\_\_\_\_  
 Aquino Engelberto Zurita Guerrero  
 Responsable Regional de CTVC - Tumbes


ANEXO N° 01: FICHA DE ATENCIÓN N°A-029-2021-TUM-D

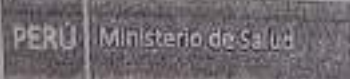
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCIÓN</b>		A-029-2021-TUM-D FICHA N° _____	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) puede hacer llegar su caso al Programa Social LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO.					
1. PROGRAMA por X: <input checked="" type="checkbox"/> JUNTOS   <input type="checkbox"/> PENSIONES   <input type="checkbox"/> GALI WAMA   <input type="checkbox"/> CURA MÁS   <input type="checkbox"/> FONCODES				2. FECHA de REGISTRO: 16/11/2021	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(ta) mismo(a) titular interesado(a)</b>					
3. Apellido(s) Nombre(s): <u>Cristóbal RAFAEL GARCÍA</u>		4. Documento DNI: <u>00225654</u>			
5. Sexo (Género): Masculino <input checked="" type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/>		6. Fecha Nacimiento:			
7. Es Usuario(a)? SI <input type="checkbox"/> Fecha Afiliación: ( ) ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/>		8. Tiempo Residencia: ( ) MESES			
9. Correo Electrónico:		10. Telef. Personal:			
11. Institución/Cargo: <u>COMITE LOCAL DE TVC</u>		12. Telf. Institucional:			
13. Departamento: <u>TUMBES</u>		14. Provincia: <u>TUMBES</u>			
15. Distrito: <u>SAN JUAN DE LA VIEJA</u>		16. CCPP/Dirección: <u>Gneomural</u>			
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				17. FECHA OCURRENCIA: 12/11/2021	
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>					
18. Departamento: <u>TUMBES</u>		19. Provincia: <u>TUMBES</u>			
20. Distrito: <u>TUMBES</u>		21. CCPP/Dirección: <u>Ciudadela WSE I ETAPA</u>			
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:</b>					
<p>22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUANTOS Y CUÁNDO SE OCURRIERON AFECTANDO AL MENOS A UN (1) USUARIO CON APURADA NECESIDAD (DE ALMA Y VIDA) DEBERÁN SER LOS PRECISOS Y POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE TENGAN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿QUE HECE EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p> <p><u>El Señor Cristóbal RAFAEL GARCÍA identificado por DNI N° 00225654, presidente del CLTVC del distrito de SAN JUAN DE LA VIEJA, durante la atención de vigilancia reclama el caso de un Ciudadano TOCOTO ROMAN SEGUNDO PERCY de DNI N° 8037054 de 16 años de edad, con problemas de discapacidad <u>severa</u> y que vive en una condición de <u>extrema pobreza</u>, además que dicha persona vive con su hermana menor también tiene problemas de discapacidad por lo que las ambas mencionadas requieren de atención del Estado para mejorar las condiciones de vida actuales. ya que están al cuidado de su hermana y que no tiene como solventar sus gastos de alimentación y medicinas.</u></p>					
23. TIPO de ATENCIÓN: Consulta <input type="checkbox"/> Requerimiento <input type="checkbox"/> Pedido <input checked="" type="checkbox"/> Reclamo <input type="checkbox"/> Queja <input type="checkbox"/> Denuncia <input type="checkbox"/>				24. TOTAL FOLIOS:	
25. Datos ADJUNTOS: Memorial <input type="checkbox"/> Informe <input type="checkbox"/> Oficio <input type="checkbox"/> Constancia <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Partida Nacido <input type="checkbox"/> Copia DNI <input checked="" type="checkbox"/> D.J. <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/>					
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		
 NOMBRES APELLIDOS: <u>Cristóbal RAFAEL GARCÍA</u> <u>00225654.</u>			 NOMBRES APELLIDOS: _____		



## ANEXO N° 03: COPIA DE CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD

Certificado de Discapacidad: 00307801





## Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 29973

Nro.: 00307801  
00001882 - PAMPA GRANDE

Establecimiento de Salud

**I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES**  
Tutti, Roman, Segundo Percy

SEXO	EDAD		N° I.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		CNI	Carta de extranjería
Masculino	45	10	80570054	80570054	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?  Si  No

II. DIAGNÓSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO	CIE
Espasmodia, no especificada	F209	Atrofia del nacimiento, no especificada	P219
Dificultad para caminar, no clasificada en otra parte	R052	Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento de grado no especificado	F713

**IV. DISCAPACIDAD**

Categoría	Código	Descripción
De La Conducta	4	0 Sin restricción
De La Comunicación	4	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	6	2 Realiza y mantiene la actividad sólo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	3	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Organización Corporal	4	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 permite existir
De Selección	4	6 La actividad no se puede realizar o mantener aun 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 <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	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**

<b>De apoyo</b> <input type="checkbox"/> Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente <input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo	<input checked="" type="checkbox"/> Para marcha y transporte <input checked="" type="checkbox"/> Para comunicación, información y enseñanza
<b>Personales</b> <input checked="" type="checkbox"/> Para asearse, vestirse, caminar y correr <input checked="" type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos	<input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona
<b>No requiere</b> <input type="checkbox"/> No requiere	

**VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN**

%  ¿Es debido?  Si  No

discovb.minsa.gob.pe/verificacato/verh1a6c86c-6180-4211-8725-314182e8e7c1/

VII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AV. SIMÓN BOLÍVAR N° 304 39 de Junio  
PAMPÁ GRANDE de 2021  
Tumbes - Tumbes - Tumbes

HUELLA DIGITAL DEL ÍNDICE DERECHO DEL EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

BOLÍVAR HERRADA, LUCÍA MARGARITA

N° CMP

4000E

N° RNE

FIRMA Y SELLO DEL MÉDICO QUE CERTIFICA

FIRMA Y SELLO DEL JEFE DE SERVICIO O DEPARTAMENTO

FIRMA Y SELLO DEL JEFE O DIRECTOR DEL ESTABLECIMIENTO

  
LUCÍA M. BOLÍVAR HERRADA  
Médica Cirujana - Ecografía  
Médica Traumatóloga y Craneal  
Magister Salud Pública  
CMP N° 4000E RNE N° 61813

  
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD  
Dr. Víctor Manuel Sánchez  
Jefe Médico Red Pampa Grande

¿Dónde va, que la información contenida en el Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores? (CORAD, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)

### ANEXO N° 04: COPIA DE CSE

11/11/21 10:13 [https://sigef.mides.gob.pe/consulta\\_registro\\_ULE/busqueda\\_priv.php](https://sigef.mides.gob.pe/consulta_registro_ULE/busqueda_priv.php)

## RESULTADO DE CLASIFICACION SOCIOECONOMICA

NOBRE(S) SEGUNDO PERCY APELLIDO PATERNO TOCTO APELLIDO MATERNO ROMAN FECHA DE NACIMIENTO 25/08/1975 DEPARTAMENTO TURMEQUE

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

HOGAR ID: 9142873  
 DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 80570854  
 APELLIDO PATERNO: TOCTO  
 APELLIDO MATERNO: ROMAN  
 NOMBRES: SEGUNDO PERCY  
 SEXO: MASCULINO  
 FECHA DE NACIMIENTO: 25/08/1975  
 HOGAR ESTADO: VIGENTE  
 FECHA DE PADRONAMIENTO: 20/05/2018

**2. DATOS DEL LUGAR DE ENPADRONAMIENTO**

DEPARTAMENTO: TURMEQUE  
 PROVINCIA: TURMEQUE  
 DISTRITO: TURMEQUE  
 USGEO: 240101  
 CENTRO POBLADO: TURMEQUE  
 CODIGO CENTRO POBLADO: 0001  
 DIRECCION: OTRO, CIUDADELA ROJE 1 ETAPA NRO. PUERTA 3R PISO.01  
 REFERENCIA DE DOMICILIO: AL FILO DEL CANAL  
 TIPO DE CARGA: PNU-2013

**3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR**

FECHA VIGENCIA INICIAL: 06/07/2018  
 FECHA VIGENCIA FINAL: 06/07/2023  
 ESTADO VIGENCIA: VIGENTE  
 CLASIFICACION SOCIOECONOMICA: POBRE EXTREMO (2)  
 AREA: URBANO  
 NRO DE TIPO DE FORMATO: 18748356

(2) Por nueva información proporcionada

**4. INTEGRANTES DEL HOGAR**

NRO.	NRO.DOCUMENTO	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	APELLIDO CASADA	NOMBRES	SEXO	FECHA NACIMIENTO
1	80570854	TOCTO	ROMAN		SEGUNDO PERCY	MASCULINO	25-AUG-75

[https://sigef.mides.gob.pe/consulta\\_registro\\_ULE/busqueda\\_priv.php](https://sigef.mides.gob.pe/consulta_registro_ULE/busqueda_priv.php) 1/2

ANEXO 05 ILUSTRACIÓN FOTOGRAFICA

