

**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, 25 de junio de 2021

**OFICIO N° 023-2021-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 dos (02) 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° 068-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 069-2021-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	CASO	N° 068-2021-CTVC/ICA
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 16/06/2021
<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: 16/06/2021
7. DEPARTAMENTO:	ICA	8. PROVINCIA: CHINCHA
9. DISTRITO:	CHINCHA ALTA	10. CCPP/DIRECCIÓN: URB. GUZMÁN BARRIOS 547
11. PROCESO:	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN? 75582074 - FABRIZIO LEVANO ROJAS
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 Sra. Dora Angulo De Del Águila, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Pueblo Nuevo, reporta la Ficha de Atención A-019-2021-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).** El joven FABRIZIO LEVANO ROJAS, identificado con DNI N° 75582074, de 18 años de edad, es una persona con discapacidad severa, tiene esquizofrenia paranoide, retraso mental y con frecuencia convulsiona, la mayor parte del tiempo está bajo la dependencia de su madre. Ésta familia compuesta únicamente por la madre e hijo con discapacidad severa viven en condiciones vulnerables y no reciben ningún apoyo del estado, tampoco no es beneficiario 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:

- Según la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE "Afiliación, elaboración de padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva" revisar su caso y de ser pertinente realizar su afiliación al programa, de tal manera mejore su calidad de vida de Fabrizio Lévano Rojas.
- 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-019-2021-ICA-D (folio 1)
2. Anexo 2: Copia de solicitud de afiliación al Programa Contigo (folio 1)
3. Anexo 3: Copia del Formato PC 100 de Fabrizio Lévano Rojas (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 de Fabrizio Lévano Rojas (folio 1)
7. Anexo 7: Copia de Carnet de Discapacidad de Fabrizio Lévano Rojas (folio 1)
8. Anexo 8: Fotografía (folio 1)



**Jhony Rojas Inga**  
Responsable de Regional



ANEXO 02:  
Solicitud de afiliación de Fabrizio Lévano Rojas para el programa Contigo

"Año del Bicentenario 200 años de Independencia"

**SUMILLA:** Solicito incorporar al  
**PROGRAMA CONTIGO** por discapacidad  
severa.

Señorita, Diana Elizabeth Prudencio Gamio,  
**Directora del Programa CONTIGO**

Yo, Ana Patricia Rojas Tasayco identificada con DNI N° 21807513, domiciliada en Urb. Guzmán Barrios N° 547, del Distrito de Chincha Alta, Provincia de Chincha, región Ica, con teléfono celular 935023724, madre de Fabrizio Lévano Rojas de 18 años identificado con DNI N° 75582974, respetuosamente me presento ante usted y digo:

Que mi hijo adolece de retardo mental y de constante convulsiones; por lo que solicito a usted se le incorpore al **PROGRAMA CONTIGO**, teniendo el diagnóstico de la **CONADIS** y la certificación actualizada: de **DISCAPACIDAD SEVERA** emitido por el **Hospital San José de Chincha**; y siendo de condición socio económica pobre; y no teniendo ingresos económicos ya que me encuentro al cuidado permanente de mi hijo por la condición que se encuentra, para el cual adjunto los siguientes documentos:

1. Resolución de CONADIS
2. Carnet de CONADIS.
3. Certificado de discapacidad actualizada otorgado por el Hospital San José
4. Formato PC 1000
5. Copias DNI de la madre e hijo
6. Fotos.

Ruego a usted acceder a lo solicitado por ser de justicia.

Chincha Alta, junio del 2021



Firma del solicitante

DNI: 21807513

Cel: 935023724



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

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

FORMATO PC 1000

FECHA: 27-05-21

PROCEDIMIENTO DE:

AFILIACIÓN

AUTORIZACIÓN DE COBRO

RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 75582074

1.2 DEPARTAMENTO: ICA

1.3 PROVINCIA: CHINCHA

1.4 DISTRITO: CHINCHA ALTA

1.5 DIRECCIÓN: Urb. Guzmán Barrios N° 547

1.6 REFERENCIA: Al costado Hosp. San José

1.7 APELLIDO PATERNO: LEVANO

1.8 APELLIDO MATERNO: ROJAS

1.9 NOMBRES: FABRIZZIO

1.10 CORREO ELECTRÓNICO: -

1.11 TELÉFONO: (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 sufre violencia)

2.1 DNI: 21807513

2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO:

MADRE(1) OTRO(3)  PADRE(2)

2.3 APELLIDO PATERNO: ROJAS

2.4 APELLIDO MATERNO: TASAYCO

2.5 NOMBRES: ANA-PATRICIA

2.6 CORREO ELECTRÓNICO: -

2.7 TELÉFONO: 935023724

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 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).
- 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).
- En caso se comprueba 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).

*Patricia Rojas T*  
FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE

HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE





1. DATOS DE IDENTIFICACION	
HOGAR ID:	11408026
CODIGO DE CLASIFICACION:	24963006
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI):	75582074
APELLIDO PATERNO:	LEVANO
APELLIDO MATERNO:	ROJAS
APELLIDO DE CASADA:	
NOMBRES:	FABRIZZIO
SEXO:	MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO:	14/08/2002
HOGAR ESTADO:	HOGAR SIN RESTRICCION
FECHA EMPADRONAMIENTO:	27/01/2020
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. URBANIZACION GUZMAN BARRIOS NRO. PUERTA 547 PISO.1
REFERENCIA DE DOMICILIO:	
NÚCLEO URBANO :	CHINCHA CERCADO
TIPO DE CARGA:	FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR	
FECHA VIGENCIA INICIAL:	27/01/2020
FECHA VIGENCIA FINAL:	27/01/2024
ESTADO VIGENCIA:	VIGENTE 
CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA:	POBRE (2)
AREA:	URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO:	17369884

(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	75582074	LEVANO	ROJAS		FABRIZZIO	MASCULINO	14/08/2002	
2	21807513	ROJAS	TASAYCO		ANA PATRICIA	FEMENINO	05/11/1966	

**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 Fabrizioo Lévano Rojas

SEXO		EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	2087-	DNI	Carnet extranjería	
	18	9	81	75582074		
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?					Si	

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	F711	Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento significativo, que requiere atención o tratamiento	F711
Epilepsia, tipo no especificado	G409	Epilepsia, tipo no especificado	G409

IV. DISCAPACIDAD		
De La Conducta	4	0 Sin limitación
De La Comunicación	3	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	4	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	* 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"/> Para marcha y transporte
	<input type="checkbox"/> Otros productos de apoyo	<input type="checkbox"/> Para comunicación, información y señalización
<b>Personales</b>	<input type="checkbox"/> Para afeitarse, vestirse, cocinar y comer	<input checked="" type="checkbox"/> Dependencia de otra persona
	<input type="checkbox"/> Para efectos estéticos o cosméticos	
<b>No requiere</b>	<input type="checkbox"/> No requiere	

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

45,13 %      ¿Es difido?: No

**VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES**

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

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

AVENIDA ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600 11 de  
AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600 Junio  
CHINCHA ALTA CHINCHA ICA de  
Ica - Chincha - Chincha Alta 2021



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

N° CMP 34640 N° RNE 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  
UNIDAD EJECUTORA DE SALUD CHINCHA  
HOSPITAL "SAN JOSÉ"  
*Carolina Palmira Muñoz Arotuma*  
Dra. CAROLINA PALMIRA MUÑOZ AROTUMA  
MEDICO - REHABILITADOR  
CMP: 34640 - RNE. 031647

Gobierno Regional Ica  
Dirección Regional de Salud  
Hospital San José de Chincha  
*John Cayani Guillén*  
Dr. JOHN CAYANI GUILLEN  
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*  
M.C. VICTOR LUIS DONAYRE MORÓN  
C.M.P. 54085 - AM. 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 07:  
Carnet de Discapacidad de Fabrizio Lévano Rojas

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

**00444-2018**



Apellidos:  
**LEVANO ROJAS**

Nombres:  
**FABRIZZIO**

DNI: **75582074**

Discapacidad (CIDDM-OMS):  
**Conducta, Comunicación, Cuidado personal,  
Disposición corporal, Destreza, Situación**

Diagnóstico (CIE 10):  
**F71.0**

**DUPLICADO**

**CARNE DE REGISTRO DEL CONADIS**

**CONADIS**

Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

**RESOLUCIÓN: 00444-2018**

Inscripción: <b>26/01/2018</b>
Emisión: <b>19/07/2019</b>
Caducidad: <b>19/07/2029</b>





**LIC. GHANDIRA LUCERO CASTRO VELA**  
Directora I de la Sub Dirección de Registro

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

ANEXO 08:  
Fotografía de Fabrizio Lévano Rojas



Se observa al joven Fabrizio convulsionando y recibiendo el apoyo de sus vecinos, ya que fabricio solo vive con su madre.

