

**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 agosto de 2021

OFICIO N° 029-2021-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° 076-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 077-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 078-2021-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

Telf. ICA: 942159108 Telf. LIMA: 945095602		CASO		N° 077-2021-CTVC/ICA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 23/08/2021	
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: 18/08/2021	
7. DEPARTAMENTO:		ICA		8. PROVINCIA: CHINCHA	
9. DISTRITO:		PUEBLO NUEVO		10. CCPP/DIRECCIÓN: SATELITE PRIMAVERAL Mz. D1-Lt 05	
11. PROCESO:		GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN? 75834198 - POTENCIAL USUARIO	
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 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-027-2021-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 KELVIN DAYK CELADA CANCHARI, identificado con DNI N° 75834198, de 25 años de edad, es una persona con discapacidad severa, tiene retraso mental, la mayor parte del tiempo está bajo la dependencia de su madre. Ésta familia vive en situación de vulnerabilidad, su condición socio económica de su hogar es de extrema pobreza con vigencia al 27/10/2021. Ésta persona con discapacidad severa no reciben ningún apoyo del estado, tampoco no es beneficiario del Programa pese a 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 extremo, 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 Kelvin Dayk Celada Canchari.
- 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: 09 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Atención A-027-2021-ICA-D (folio 1)
- Anexo 2: Copia de la solicitud de afiliación al programa Contigo (folio 1)
- Anexo 3: Copia de Formato de PC 1000 de Kelvin Dayk Celada Canchari (folio 1)
- Anexo 4: Captura de pantalla de la CSE (folio 1)
- Anexo 5: Copia de Certificado de Discapacidad severa (folio 2)
- Anexo 6: Copia de DNI de Kelvin Dayk Celada Canchari (folio 1)
- Anexo 7: Copia del DNI de la madre, persona autorizada para el cobro (folio 1)
- Anexo 8: Imágenes de la persona con discapacidad severa (folio 1)



Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

ANEXO 02:

Solicitud de afiliación de Kelvin Dayk Celada Canchari para el programa Contigo

Solicita incorporar al programa contigo
a 3 personas con discapacidad severa.

Srta: Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Directora del programa contigo

Esther G. Canchari Quispe identificada con DNI N° 21854092, con domicilio en el AA. HH. Villa Hugo Chavez MZ. Q, Lte 1 del distrito de Pueblo Nuevo ante Ud. respetuosamente me presento y digo:

Que, soy madre de Edward Celada Canchari de 30 años ;Kelvin Celada Canchari de 24 años y Marco Antonio Curasi Canchari de 17 años, los mismos que adolecen de retardo mental tal como lo acreditan los certificados de discapacidad severa emitido por el Hospital San José de Chíncha.

Por tal motivo solicito a Ud. Srta. Directora que las mencionadas personas sean incorporadas al programa contigo, pues soy persona de condición de extrema pobreza y no cuento con ningún ingreso económico, ya que me encuentro sin trabajo y al cuidado exclusivo de mis hijos por la condición que presentan, para lo cual adjunto los siguientes documentos :

- 1- Certificado de discapacidad severa otorgado por el hospital San José de Chíncha (03)
- 2-Formato pc 1000 (03)
- 3-Carnets de conadis (02)
- 4-Copias de DNI de la solicitante e hijos
- 5-Fotos

Por lo expuesto :

Pido a Ud. Srta Directora aceptar lo solicitado

Pueblo Nuevo 13 de Julio del 2021

Esther G. Canchari Quispe

DNI 21854092

ANEXO 03:
Formato PC 1000, de Kelvin Dayk Celada Canchari

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Viceministerio de Prestaciones Sociales

FORMATO PC 1000

FECHA: 23-09-2021

PROCEDIMIENTO DE: ☒ APLICACIÓN ☒ AUTORIZACIÓN DE COBRO ☐ RENOVACIÓN

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

1.1 DNI: 45854092 1.2 DEPARTAMENTO: ICA 1.3 PROVINCIA: CHINCHA 1.4 DISTRITO: PUEBLO NUEVO 1.5 DIRECCIÓN: A.A.H. Soledad Primavera / Mg. D.L.H. 1.6 REFERENCIA: 1.7 APELLIDO PATERNO: CELADA 1.8 APELLIDO MATERNO: CANCHARI 1.9 NOMBRES: KELVIN-DAYK 1.10 CORREO ELECTRÓNICO: 1.11 TELÉFONO: (CELULAR) 1.12 ADJUNTA CERTIFICADO DE DISCAPACIDAD? ☒ SI ☐ NO

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

2.1 DNI: 24854092 2.2 RELACIÓN DE PARENTESCO: ☒ MADRE(1) ☐ PADRE(2) OTRO(3) 2.3 APELLIDO PATERNO: CANCHARI 2.4 APELLIDO MATERNO: GUISPE 2.5 NOMBRES: ESTHER-GLORIA 2.6 CORREO ELECTRÓNICO: 2.7 TELÉFONO: 915990264

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 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 N.º 17 de Principios de Procedimiento Administrativo y Artículo 32, numeral 32.3 de la Ley N.º 27444).

Esther Canchari
FIRMA DEL/ DE LA DECLARANTE


HUELLA DIGITAL DEL/ DE LA DECLARANTE

1. DATOS DE IDENTIFICACION

HOGAR ID: 6645060
CODIGO DE CLASIFICACION: 25584907
DOCUMENTO DE IDENTIDAD NACIONAL (DNI): 75834198
APELLIDO PATERNO: CELADA
APELLIDO MATERNO: CANCHARI
APELLIDO DE CASADA:
NOMBRES: KELVIN DAYK
SEXO: MASCULINO
FECHA DE NACIMIENTO: 26/11/1996
HOGAR ESTADO: HOGAR SIN RESTRICCION
FECHA EMPADRONAMIENTO: 29/09/2016
FUENTE: ULF
UBICACIÓN GEOGRAFICA :

2. DATOS DEL LUGAR DE EMPADRONAMIENTO

DEPARTAMENTO: ICA
PROVINCIA: CHINCHA
DISTRITO: PUEBLO NUEVO
UBIGEO: 110207
CENTRO POBLADO: PUEBLO NUEVO
CODIGO CENTRO POBLADO: 0001
DIRECCION: OTRO. VILLA HUGO CHAVEZ
NRO. PUERTA SN PISO.01
MZA. Q LOTE.001
REFERENCIA DE DOMICILIO: ULTIMA CUADRA DEL AAHH
HUGO CHAVEZ
NÚCLEO URBANO : AAHH VILLA HUGO CHAVEZ
TIPO DE CARGA: FSU-2013

3. DATOS DE LA CLASIFICACION SOCIOECONOMICA DEL HOGAR

FECHA VIGENCIA INICIAL: 13/10/2016
FECHA VIGENCIA FINAL: 27/10/2021
ESTADO VIGENCIA: VIGENTE 
CLASIFICACION SOCIOECONÓMICA: POBRE EXTREMO (2)
AREA: URBANO
NRO DE TIPO DE FORMATO: 12276168

(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	21854092	CANCHARI	QUISPE		ESTHER GLORIA	FEMENINO	06/01/1970	
2	48887395	CELADA	CANCHARI		EDWARD SMITH	MASCULINO	27/12/1990	
3	62411020	CURASI	CANCHARI		REYNA ESTHER	FEMENINO	09/11/2002	
4	62411021	CURASI	CANCHARI		MARCO ANTONIO	MASCULINO	03/07/2004	
5	75834198	CELADA	CANCHARI		KELVIN DAYK	MASCULINO	26/11/1996	

PERÚ		Ministerio de Salud		Certificado de Discapacidad	
				Aplicación de la ley N° 29973	
Establecimiento de Salud		Nro.: 00309926 00003414 - SAN JOSE DE CHINCHA			
I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES					
Celada, Canchari, Kelvin Dayk					
SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	3659-	DNI	Carnet extranjería
	24	7	47	75834198	-
¿Cuenta con certificado emitido anteriormente?				No	
II. DIAGNOSTICO DE DAÑO			CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo			F710	Retraso mental moderado, deterioro del comportamiento nulo o mínimo	F710
IV. DISCAPACIDAD					
De La Conducta	4	0	Sin limitación		
De La Comunicación	1	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	0	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	1	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	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			
VI. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES					
De apoyo			☐ Para marcha y transporte ☐ Para comunicación, información y señalización		
☐ Para terapia y Mantenimiento médico esenciales y de uso permanente ☐ Otros productos de apoyo					
Personales			☒ Dependencia de otra persona		
☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer ☐ Para efectos estéticos o cosméticos					
No requiere					
☐ No requiere					
VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN					
54,64 %		¿Es diferido?: No			
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° 600
 AV. ABELARDO ALVA MAURTUA N° 600
 CHINCHA ALTA CHINCHA ICA
 Ica - Chincha - Chincha Alta

9 de
 Julio
 de
 2021

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO



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
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL "SAN JOSÉ" DE CHINCHA
 Dr. CAROLINA PALMIRA MUÑOZ AROTUMA
 MEDICO REHABILITADOR
 C.M.P. 34640 - R.N.E. 031647

GOBIERNO REGIONAL ICA
 Dirección Regional de Salud
 Hospital San José de Chincha
 Dr. JOHN LAYANI GUILLÉN
 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 - 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

REPUBLICA DEL PERU REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI **75834198 - 0**

	Primer Apellido CELADA	Fecha Inscripción 11 12 2010
	Segundo Apellido CANCHARI	Fecha Emisión 16 06 2015
	Pre Nombres KELVIN DAYK	Fecha Caducidad 16 06 2023

Nacimiento: Fecha y Ubigeo
26 11 1996 100210

Sexo Estado Civil
M S



I<PER75834198<3<<<<<<<<<<<<<<<<<<
9611261M2306164PER<<<<<<<<<<<<<<2
CELADA<<KELVIN<DAYK<<<<<<<<<<<<<

Departamento
ICA

Provincia
CHINCHA

Distrito
PUEBLO NUEVO

CONSTANCIA
DE
SUFRAGIO

Dirrección
ASENT.H. SATELITE PRIMAVERAL MZ. D1 LT. 5

Observaciones **DISCAPACIDAD INTELECTUAL**

Donación de Organos **NO**

Grupo de Votación **257227**

DE JORGE LUIS YANABEN LAZO
JEFE NACIONAL

Indice derecho 0500272 000272 001442 0386 76811323

ANEXO 07:
Carnet de Discapacidad Severa Kelvin Dayk Celada Canchari


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

08967 - 2016



Apellidos:
CELADA CANCHARI

Nombres:
KELVIN DAYK

ONI: **75834198**

Discapacidad (CIDOM-OMS):
**Conducta, Comunicación, Cuidado personal,
Disposición corporal, Destreza, Situación
Diagnóstico (CIE 10):
F71**

ORIGINAL

CARNE DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS

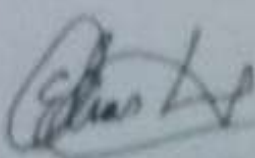
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RESOLUCIÓN: 08967 - 2016

Emisión:
23/06/2016

Expiración:
02/06/2016

Validación:
01/06/2016



MR. ELIO GREGORIO LISSANO SALAZAR
Director de Investigación y Registro





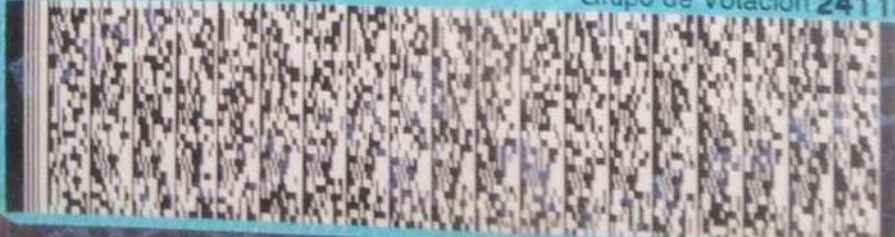
El presente carnet, es personal e intransferible.
 Emitido en: Arequipa SP 375 Santa Beatriz - Lima 5

ANEXO 08:

DNI de la madre de Dayk Celada Canchari, autorizada para el cobro.

REPUBLICA DEL PERU		REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL		CUI
		DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD		DNI 21854092-4
21854092		Primer Apellido	CANCHARI	
		Segundo Apellido	QUISPE	
		Pre Nombres	ESTHER GLORIA	
		Nacimiento: Fecha y Ubigeo	06 01 1970 100201	
		Sexo	Estado Civil	
		F	S	
		Attestation Signature		
				

I<PER21854092<1<<<<<<<<<<<<<<<<
7001062F2707059PER<<<<<<<<<<<<<2
CANCHARI<<ESTHER<GLORIA<<<<<<<

			CONSTANCIA DE SUFRAGIO		Índice derecho 475918 475918 957406 0085 03/07/00
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO		
Departamento ICA	Provincia CHINCHA	Distrito PUEBLO NUEVO		 RECORRIDO JUAN PABLO BERNARDI Jefe Nacional (1)	
Dirección SATELITE PRIMAVERAL MZ. D1 LT. 05					
Observaciones Donación de Organos NO					
Grupo de Votación 241189					
					

Se observa a Kelvin Dayk Celada Canchari, junto a sus hermanos, en su vivienda construida a base de esteras y plástico.

