

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huánuco, 23 de abril de 2021

OFICIO N° 067-2021-CTVC/HUANUCO

Señora
DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO
Directora Ejecutiva
Programa CONTIGO
Presente. -

Asunto : Se ALERTA uno (01) CASO

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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 121-2021-CTVC/HUA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



JUAN JOSE PARDAVE TREJO
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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 121-2021-CTVC/HUA
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 21/04/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:		
2. APELLIDOS NOMBRES:	SALOME ARZAPALO SHERLI KARINA	3. NÚMERO-DNI: 42081603
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	EQUIPO TECNICO DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL HUANUCO	5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA: 21/04/2021
7. DEPARTAMENTO:	HUÁNUCO	8. PROVINCIA: HUAMALIES
9. DISTRITO:	CHAVIN DE PARIARCA	10. CCPP/DIRECCIÓN: CHAVIN DE PARIARCA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? SR - HUANUCO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 punto crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):		

El 21/04/2021, mediante llamada telefónica, se me informó la situación de una ciudadana, que se plasmó en la Ficha de Atención A-047-2021-HUA-D, con el siguiente punto crítico:

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).**- El 21/04/2021, mediante llamada telefónica se identificó a la ciudadana Enriqueta López Catalán con DNI 22868414, adulta mayor de 69 años de edad, cuya residencia es el distrito de Chavín de Pariarca, ciudadana que tiene discapacidad severa y su hogar se encuentra en situación de pobreza extrema.

La ciudadana en mención se encuentra muy preocupada por que la oficina de OMAPED de la municipalidad distrital de Chavín de Pariarca no está atendiendo los tramites de afiliación al programa porque, según refiere, estamos en estado de emergencia. **(Ver ficha de Atención).**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se recomienda que el Programa CONTIGO su pronta afiliación en concordancia con la Directiva N° 002-2019-MIDIS/PNPDS-DE sobre "Afiliación, elaboración del padrón general de usuarios/as y autorización para el cobro de la pensión no contributiva", aprobada con RDE N° 049-2019-MIDIS/PNPDS-DE.
2. Se recomienda que el Programa CONTIGO aplique la RDE N° 094-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba el Manual de Gestión de procesos y procedimientos: M1. *Gestión de la Afiliación, Autorización de Cobro y Transferencia Monetaria que contiene quince (15) procesos correspondientes al proceso misional del Programa CONTIGO.*

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05)

1. Anexo N° 01: Ficha de Atención A-047-2021-HUA-D **(01 folio)**.
2. Anexo N° 02: Fotografía de los documentos de la ciudadana (requisitos para el programa) **(04 folios)**



Sherli Karina Salomé Arzapalo
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION			FICHA N°: A-047-2021-HUA-D	
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) pide hacer llegar su caso al Programa Social - LA CANALIZACION DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-						
1. PROGRAMA por X:		JUNTOS () QALI WARMA () PENSION 65 () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS ()			2. FECHA DE REGISTRO	21/04/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)						
3. Apellidos y Nombres:		SALOME ARZAPALO SHERLI KARINA		4. Documento - DNI	42081603	
5. Sexo (Género):		FEMENINO		6. Fecha-Nacimiento:	8/09/1983	
7. Es Usuario(a)?:		SI ()	Fecha Afiliación ___/___/___	NO (X)	8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:		
11. Institucion/Cargo:		RESPONSABLE DE CAMPO		12. Telef. Institucional:	942154740	
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia:	HUANUCO	
15. Distrito:		HUANUCO		16. CCPP/Dirección:	HUANUCO	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	21/04/2021	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:						
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	HUAMALIES	
20. Distrito:		CHAVIN DE PARIARCA		21. CCPP/Dirección:	CHAVIN DE PARIARCA	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>						
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son mas de 3 adjuntar listado con: Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA ¿QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?						
<p>Mediante llamada telefonica, se identificó a la ciudadana Enriqueta Lopez Catalán con DNI N° 22868414, adulto mayor de 69 años de edad, es una persona con discapacidad severa, se encuentra en situacion de pobreza extrema y vive en el distrito de Chavin de Pariarca pese a contar con los requisitos solicitados por el programa no es usuarios del programa CONTIGO.</p>						
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (x) Queja () Denuncia ()			24. TOTAL FOLIOS	2
25. Dctos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI (x) DJ () Otros ()				
26. OBSERVACIONES:						
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR DEL COMITÉ LOCAL)				(MIEMBRO		
NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL						
NOMBRES y APELLIDOS:				NOMBRES y APELLIDOS: SALOME ARZAPALO SHERLI KARINA		
DNI:		CARGO:		DNI: 42081603	CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	

Anexo 02:

Fotografía de los documentos de la ciudadana Enriqueta López Catalán (requisitos para el programa) –
Carné que le identifica como persona con discapacidad de la ciudadana.

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

14396-2020



Apellidos:
LOPEZ CATALAN
Nombres:
ENRIQUETA
DNI: 22868414
Discapacidad (CIDDM-OMS):
Conducta, Comunicación, Cuidado personal,
Locomoción, Disposición corporal, Destreza, Situación
Diagnóstico (CIE 10):
M16.5, T93.3

ORIGINAL

CARNÉ DE REGISTRO DEL CONADIS

CONADIS
Consejo Nacional para la Integración de la Persona con Discapacidad

RESOLUCIÓN: 14396-2020

El titular de este carné se encuentra autorizado a usar
gratuitamente el transporte público (Ley 30412)

Inscripción:
03/12/2020
Emisión:
07/12/2020
Caducidad:
07/12/2030




JULIO LAU BARTRA
Director I de la Sub Dirección de Registro

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

Anexo 02:

Fotografía de los documentos de la ciudadana Enriqueta López Catalán (requisitos para el programa) –
Certificado de Discapacidad Severa de la ciudadana.

Certificado de Discapacidad: 00260478



PERÚ Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud: Nro.: 00260478
00000757 - POTRACANCHA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
Lopez, Catalan, Enriqueta

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
	Años	Meses		DNI	Carnet extranjera
Femenino	68	9	22868414	22868414	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? SI

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO	CIE	III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO	CIE
Otra coxartrosis postraumática	M165	Golpe contra o golpeado por otros objetos, lugar no especificado	W229
Secuelas de luxación, torcedura y esguince de miembro inferior	T933		

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	1	0 Sin limitación
De La Comunicación	1	1 Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
De La Cuidado Personal	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
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 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 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

- % ¿Es diferido?: SI

scweb.minsa.gob.pe/certificado/ver/ba368c04-a336-47b5-89d2-a097747f943/

1/2


Anexo 02:

**Fotografía de los documentos de la ciudadana Enriqueta López Catalán (requisitos para el programa) -
Certificado de Discapacidad Severa de la ciudadana.**


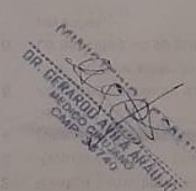
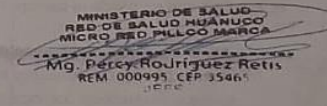
3/11/2020 Certificado de Discapacidad: 00260478

VIII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN JIRÓN SAN DIEGO CUDRA 2 S/N- CAYHUAYNA NÚMERO S/N DISTRITO PILLCO MARCA PROVINCIA HUANUCO DEPARTAMENTO Huánuco - Huánuco - Pillco Marca	3 de Noviembre de 2020	HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL EVALUADO 
---	------------------------------	--

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA AVILA ARAUJO, GERARDO	N° CMP 38740	N° RNE
--	------------------------	---------------

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 
--	---	--

¿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) Si