

**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, 13 de setiembre de 2021

OFICIO N° 109-2021-CTVC/HUANUCO

Señora

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 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° 162-2021-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° 162-2021-CTVC/HUA
--	-------------	-----------------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	09/09/2021
-------------------------	----------------	------------------------------	-------------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	VIDAL SIXI APOLO ELVITERIO	3. NÚMERO-DNI:	23098084
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	ALIADO ESTRATEGICO

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	8. PROVINCIA:	HUACAYBAMBA
9. DISTRITO:	PINRA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	HUARASILLO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	PRESTACIÓN DEL SERVICIO ALIMENTARIO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	71300437-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

El 09/09/2021, el Sr. Apolo Elviterio Vidal Sixi, aliado estratégico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, recogió información que se plasmó en la Ficha de Atención A-076-2021-HUA-D, evidenciándose el siguiente punto crítico:

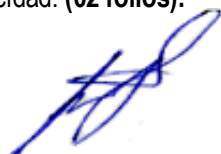
- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).**- El Sr. Apolo Vidal Sixi entrevistó a la Sra. Aurelia Vidal Huayanay quien manifestó que, en el año 2019, no precisa mes, presentó sus documentos ante la OMAPED de la Municipalidad del distrito de Pinra de su menor hijo Rogelio Salinas Vidal con DNI N° 71300437 quien es una persona con discapacidad severa quien cumple todos los requisitos para ingresar al programa CONTIGO, pero hasta la fecha no le dan respuesta ha su solicitud presentada. **(Véase 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: (03))

1. Anexo N° 01: Ficha de Atención A-076-2021-HUA-D **(01 folio).**
2. Anexo N° 02: Ficha Reniec de Rogelio Salinas Vidal **(01 folio)**
3. Anexo N° 03: Copia de Certificado de discapacidad. **(02 folios).**



Juan José Pardavé Trejo
Responsable Regional.

[illegible]

Anexo 02:
Ficha Reniec de Rogelio Salinas

		MINISTERIO DE DESARROLLO E INCLUSION SOCIAL REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL SERVICIO DE CONSULTAS EN LÍNEA	
Informe de la Consulta			
CUI:	71300437 - 1	Foto del Ciudadano	
Apellido Paterno:	SALINAS		
Apellido Materno:	VIDAL		
Nombres:	ROGELIO		
Sexo:	MASCULINO		
Fecha de Nacimiento:	25/01/2004		
Departamento de Nacimiento:	HUANUCO		
Provincia de Nacimiento:	HUACAYBAMBA		
Distrito de Nacimiento:	PINRA		
Grado de Instrucción:	ILETRADO/SIN INSTRUCCION		
Estado Civil:			
Fecha de Inscripción:	19/03/2008		
Vínculo Declarante:	MADRE	Firma del Ciudadano	
CUI del Declarante:	23091442		
Nombre del Declarante:	VIDAL HUAYANAY AURELIA		
CUI del Padre:	SD		
Nombre del Padre:	SALINAS PEREZ ASUNCION		
CUI de la Madre:	23091442		
Nombre de la Madre:	VIDAL HUAYANAY AURELIA	Huella Izquierda	
Fecha de Emisión	11/10/2014		
Restricción:	NINGUNA		
Departamento de Domicilio:	HUANUCO		
Provincia de Domicilio:	HUACAYBAMBA		
Distrito de Domicilio:	PINRA		

Anexo 03:
Certificado de discapacidad

14/03/2019 Certificado de Discapacidad: 00195634



PERÚ **Ministerio de Salud**

Certificado de Discapacidad
Aplicación de la ley N° 29973

Establecimiento de Salud

Nro.: 00195634
 00000883 - PINRA

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Salinas, Vidal, Rogelio

SEXO	EDAD		N° H.C.	DOCUMENTO DE IDENTIDAD	
Masculino	Años	Meses	71300437	DN:	Carnet extranjería
	15	6		71300437	-

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE DAÑO

Trastorno generalizado del desarrollo no especificado

Historia familiar de retardo mental

CIE

F842

Z810

III. DIAGNOSTICO ETIOLOGICO

Parálisis cerebral, sin otra especificación

CIE

G800

-

IV. DISCAPACIDAD

Actividad	Grado	Descripción
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	3	3 Requiere además de asistencia momentánea de otra persona
De La Disposición Corporal	3	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

Grado de Discapacidad	Código	Descripción
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	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

Personales

☐ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

☐ No requiere

☐ Para marcha y transporte

☐ Para comunicación, información y señalización

☐ Dependencia de otra persona

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

54,47 %	¿Es diferido?: No
---------	-------------------

./Users/user11/AppData/Local/Temp/Rar\$EXa10860.12305/CERT PINRA/ROGELIO.html

PACIENTE CON DISCAPACIDAD DESDE EL NACIMIENTO

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



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA	N° CMP	N° RNE
SAMANAMU LEANDRO, JOSE ALFREDO	65785	

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)