

**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, 29 de octubre de 2021

OFICIO N° 129-2021-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° 177-2021-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° 177-2021-CTVC/HUA
--	-------------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	25/10/2021
------------------	----------------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	SEGURA ASCENCIOS ORFA MARGARITA	3. NÚMERO-DNI:	43068223
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		5. CARGO:	

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

6. FECHA DE OCURRENCIA:	09/09/2021		
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	8. PROVINCIA:	HUACAYBAMBA
9. DISTRITO:	COCHABAMBA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	ALTAVALLE
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	23097975-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico

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

El 25/10/2021, La Sra. Orfa Margarita Segura Ascencios, trasladó información que se plasmó en la Ficha de Atención A-087-2021-HUA-D, evidenciándose el siguiente punto crítico:

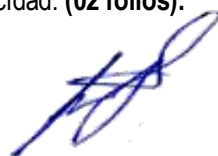
1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).**- La Sra. Orfa Margarita Segura Ascencios, manifestó la situación de su hermano Samuel Gedalias Segura Asencios, quien es una persona que se encuentra en estado de discapacidad severa, sin embargo no se encuentra coberturado por el Programa Contigo, De acuerdo a lo manifestado por el ciudadano, en varias oportunidades se ha acercado a OMAPEd de la Municipalidad distrital de Cochabamba y no ha recibido información/atención para la presentación de los documentos requisitos para su afiliación al programa Contigo.
El ciudadano cuenta con la condición socioeconómica de pobre y con el certificado de discapacidad, otorgado por un médico certificador, motivo por el que cumple con los requisitos para ser afiliado al programa Contigo.
(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-087-2021-HUA-D **(01 folio).**
2. Anexo N° 02: DNI de Samuel Gedalias Segura Asencios **(01 folio)**
3. Anexo N° 03: Copia de Certificado de discapacidad. **(02 folios).**



Juan José Pardavé Trejo
Responsable Regional.
Anexo 01:

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		FICHA N°:A-087-2021-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() PAIS () CONTIGO(X) PENSION 65 () QALIWARMA() CUNA MÁS () FONCODES ()		2. FECHA DE REGISTRO	19/08/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		SEGURA ASENCIOS ORFA MARGARITA		4. Documento - DNI	46038223
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ___/___/___	NO (X)	8. Tiempo Residencia:	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	985332715
11. Institucion/Cargo:				12. Telef. Institucional:	
13. Departamento:		HUANUCO		14. Provincia:	HUACAYBAMBA
15. Distrito:		COCHABAMBA		16. CCPP/Dirección:	ALTA VALLE
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA:	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		HUANUCO		19. Provincia:	HUACAYBAMBA
20. Distrito:		COCHABAMBA		21. CCPP/Dirección:	ALTA VALLE
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?					
Mediante llamada telefónica la Sra. Orfa Margarita Segura Sencios, brindó información acerca de su hermano Samuel Gedalias Segura Asencios, quien es una persona con discapacidad y cuenta con la certificación medica de dicho estado. Sin embargo, se acercó en varias oportunidades a la Oficina de OMAPED de la Municipalidad distrital de Cochabamba y no le brindaron información para lograr su afiliación al Programa CONTIGO.					
23. TIPO DE ATENCION:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()			24. TOTAL FOLIOS
25. Dctos ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado (X) Partida Nacimiento () Copia DNI (X) DJ () Otros ()			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES y APELLIDOS:			NOMBRES y APELLIDOS:		
DNI: CARGO:			DNI: CARGO:		

**Anexo 03:
Certificado de discapacidad**


PERU Ministerio de Salud
 Certificado de Discapacidad (Resolución N° 001344)

Certificado de Discapacidad
 Aplicación de la Ley N° 29973

Establecimiento de Salud: _____ N°: 0073443
 (0000979 - COCHABAMBA)

I. APELLIDO PATERNO, APELLIDO MATERNO, NOMBRES
 Segura, Asunción, Samuel Guadalupe

SEXO: Masculino **EDAD:** Años: 41 Meses: 4 **N° H.C.:** 23097975 **DOCUMENTO DE IDENTIDAD:** DNI: 73097975 Carnet extranjero: AN

¿Cuánto tiempo certificado está el paciente? _____

II. DIAGNÓSTICO DE PAÑO **DE:** **III. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO** **DE:**
 Deficiencia visual severa, bilateral H561 Malformaciones congénitas del ojo, no especificadas G109

IV. DISCAPACIDAD

De La Conducta	2	0	Sin limitación
De La Comunicación	4	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	2	2	Realiza y mantiene la actividad solo con dispositivos o ayuda
De La Locomoción	7	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 otra persona, la cual requiere además de un dispositivo o ayuda que le permita realizar la actividad no se puede realizar o mantener aún con asistencia personal
De Situación	5	6	

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	Si el (os) código(s) son 2 ó 3, la persona tiene discapacidad moderada
Discapacidad Severa	3	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, es el máximo 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
 57,67 % ¿Es afectado? No

CERTALTA COCHABAMBA/SAMUEL hmi

VII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES
PACIENTE CON DISCAPACIDAD DESDE EL NACIMIENTO

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

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CENTRO POBLADO DE
COCHABAMBA
Huánico - Hujacaybamba -
Cochabamba

20 de Octubre del
2010

HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO

APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

SAMANAMLI LEANDRO, JOSE ALFREDO

N° CMP

N° RNE

55785

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


Dr. José A. Samanamli Leandro
MEDICO CIRUJANO

„Desesa Ut. que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otros sectores (CONADES, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo).