

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

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

Lambayeque, 30 de septiembre de 2021

OFICIO N°045-2021-CTVC/LAMBAYEQUE

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 Un (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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

• **CASO N° 207-2021-CTVC/LAM**

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



.....
Alfonso Sánchez Cajo
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 Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589		CASO		N°207-2021-CTVC/LAM	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 7/09/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		MIGDALIA YAQUELINE MALCA ZAMUDIO		3. NÚMERO-DNI: 44273123	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA REQUE		5. CARGO: VOCAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 7/09/2021	
7. DEPARTAMENTO:		LAMBAYEQUE		8. PROVINCIA: CHICLAYO	
9. DISTRITO:		REQUE		10. CCPP/DIRECCIÓN: REQUE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? VÍA TELEFONICA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 1 punto crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Con fecha 7/09/2021, la Sra. Migdalia Malca Zamudio, vocal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Reque, quien mediante ficha A-090-2021-LAM-D menciona que ha realizado veeduría/vigilancia, y registro el punto crítico descrito a continuación:

- 1. PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICIÓN DE POBREZA NO ESTÁ EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** La informante manifiesta que el menor de edad Farhuck Dayron Manuel Quicio López (12 años) con DNI N° 72997171, domiciliado en el AA.HH. Nuevo Reque Mz "E" Lt "3" del distrito de Reque, es un niño con discapacidad severa, desde hace un mes ha quedado en orfandad, vive en situación de extrema pobreza, y no recibe ningún tipo de apoyo ni público ni privado; actualmente su hermana mayor, la Sra. Nataly Lucero Chules López con DNI N° 48352304, es la persona responsable del menor, sin embargo la persona en mención a su vez es madre soltera de un niño, y no cuenta con los ingresos necesarios para solventar los gastos de su hermano menor, como pañales, medicinas, terapias, alimentación, vivienda, entre otros. Cabe señalar que la Sra. Nataly Chules no tiene un trabajo estable por ende no recibe un sueldo mensual, y vive en una situación de extrema pobreza.
Cabe resaltar que el potencial usuario cuenta con certificado de discapacidad severa, además de las condiciones antes mencionadas cumpliría con los requisitos para ser usuario del Programa.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se solicita se pueda hacer un seguimiento preciso del potencial usuario, y su posible afiliación al programa, con la finalidad de contribuir a la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad severa en situación de pobreza.
2. A su vez 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: 04)

- 1.- Anexo 001: A-090-2021-LAM-D (02 folios)
- 2.- Anexo 002: Certificado Médico del potencial usuario
- 3.- Anexo 003: DNI del potencial usuario y DNI de la persona responsable del menor



Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

ANEXO 001

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		N° A – 01 – 2020 – LAM	
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 CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-					
1.PROGRAMA pon X:		JUNTOS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () CUNA MÁS () FONCODES () CONTIGO (X) PAIS () BONO ()		2.FECHA de REGISTRO: 7/09/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		MIGDALIA MALCA ZAMUDIO		4. Documento-DNI: 44273123	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación ____/____/____/ NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:		CLTVC-VOCAL		12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:		LAMBAYEQUE		14. Provincia: CHICLAYO	
15. Distrito:		REQUE		16. CCPP/Dirección: REQUE	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 7/09/2021	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LAMBAYEQUE		19. Provincia: CHICLAYO	
20. Distrito:		REQUE		21. CCPP/Dirección: REQUE	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS. CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
Con fecha 7/09/2021 a través de una llamada telefónica de la vocal del comité local del distrito de Reque, se					
Nos informó que le menor de edad Farhuck Dayron Manuel Quicio López (12 años), con DNI N° 72997171,					
Domiciliado en el AA.HH. Nuevo Reque Mz “E” Lt “3”, es un niño con discapacidad severa que se encuentra en					
Situación de extrema pobreza, hace un mes quedó en la orfandad, debido al fallecimiento de sus padres,					
Actualmente su hermana mayor, la Sra. Nataly Lucero Chules López con DNI N° 48352304, es la responsable					
Del menor, sin embargo, es madre soltera de un niño y no tiene trabajo estable, agregando además que no					
Cuenta con los ingresos necesarios para solventar los gastos de su hermano, como pañales, medicinas,					
Alimentación, terapias, etc. La informante solicita se le considere al potencial usuario y se pueda afiliar al					
Programa.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()		24.TOTAL FOLIOS:	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros ()			
26.OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
_____ NOMBRES: MIGDALIA MALCA ZAMUDIO CARGO: VOCAL DNI: 44273123 DISTRITO: REQUE			_____ NOMBRES APELLIDOS: FIORELA LI JIMENEZ DNI: 44905359 CARGO: RC-CTVC		

ANEXO 002

MINISTERIO DE SALUD

PERU Ministerio de Salud

Certificado de Discapacidad

Aplicación de la ley N° 28017

Nº: 00250253
00000000 - CRODAE ETEN

Constituyente de Salud

LAPELLO PARRINO, APELLIDO MATRINO, NOMBRES
Culido, Lanyar, Parham Daymar Marcel

SEXO: Masculino EDAD: Años 11 Meses 7 DÍ N.C.: 72907171 DOCUMENTO DE IDENTIDAD: DNI 72907171

¿Cuenta con certificado emitido anteriormente? No

II. DIAGNOSTICO DE BAÑO

Reflexo mental profundo, deterioro del comportamiento en grado no especificado

DE: F73B EL DIAGNOSTICO ETIOLOGICO: G400

III. DISCAPACIDAD

De La Conducta	0	0	Sin limitación
De La Comunicación	0	1	Realiza y mantiene la actividad con dificultad pero sin ayuda
Del Cuidado Personal	0	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	0	4	Requiere además de asistencia de otra persona la mayor parte del tiempo
De La Destreza	0	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	0	6	La actividad no se puede realizar o mantener así con asistencia personal

IV. 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	4-6	Si el (los) código(s) son 4, 5 ó 6, en el meso una categoría de discapacidad, por criterio de favorabilidad la persona tiene discapacidad severa

V. REQUERIMIENTO DE PRODUCTOS DE APOYO: AYUDAS TÉCNICAS, BIOMECÁNICAS Y PERSONALES

De apoyo

☒ Para terapia y Mantenimiento médico asistido

☒ Para marcha y transporte

☒ Para comunicación, información y señalización

☒ Otros productos de apoyo

Personales

☒ Para asearse, vestirse, cocinar y comer

☒ Dependencia de otra persona

☐ Para efectos estéticos o cosméticos

No requiere

☐ No requiere

VII. PORCENTAJE DE RESTRICCIÓN EN LA PARTICIPACIÓN

- % ¿Es diferido?: Si

web: minsa.gob.pe/medios/ver?id=49688d1b-52b7-48ac-a964-3dc7a6b4b910f

Certificado de Discapacidad: 00254203

VII. OBSERVACIONES Y/O RECOMENDACIONES:

- * INICIAR TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.
- * SOPORTE PSICOLÓGICO PARA FAMILIARES.

Este documento tiene una vigencia de 36 meses desde la fecha de expedición.

LUGAR Y FECHA DE EMISIÓN

CALLE MANUEL BONILLA 30 de Septiembre de
Nº 800 2020
Larduyague - Chiclayo -
Eten

**HUELLA DIGITAL DEL INDICE DERECHO DEL
EVALUADO**



APELLIDOS Y NOMBRES DEL MEDICO QUE CERTIFICA

ORRIGO VERA, ANGELA PATRICIA

Nº CNP

Nº RNE

54388

**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**


Angela Patricia Orrigo Vera
MEDICO CIRUJANO
CNP: 54388


Angela Patricia Orrigo Vera
MEDICO CIRUJANO
CNP: 54388




David M. Alvarado Sosa
MEDICO CIRUJANO
CNP: 1545

¿Desea DL que la información contenida en su Certificado de Discapacidad sea compartida con otras entidades? (CONADE, Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo)

ANEXO 003

REPÚBLICA DEL PERÚ REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI

CUI **72997171 - 1**

Primer Apellido
QUICIO

Segundo Apellido
LOPEZ

Pre Nombres
FARNUCK DAYRON MANUEL

Nacimiento: Fecha y Lugar
05 02 2006 130101

Sexo
M

Fecha Inscripción
15 11 2010

Fecha Emisión
02 12 2020

Fecha Caducidad
05 02 2026

I<PER72997171<1<<<<<<<<<<<<<<<<<<<
0902056M2602051PER<<<<<<<<<<<<8
QUICIO<<FARNUCK<DAYRON<MANUEL<

[illegible]

DNI DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL MENOR POTENCIAL USUARIO

