OFICIO N° 012-2022-CTVC/PASCO

Pasco, 31 de marzo del 2022

Señora
Sra. Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de Pensión no Contributiva a las Personas Con discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO
Pasco. -

Asunto: 05 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizado por los CLTVC distritales, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 002-2022-CTVC/PAS
- CASO N° 003-2022-CTVC/PAS
- CASO N° 004-2022-CTVC/PAS
- CASO N° 005-2022-CTVC/PAS
- CASO N° 006-2022-CTVC/PAS

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos alertados, adjuntamos en anexo la ficha de vigilancia y otras evidencias, concluido su procedimiento, sírvase comunicar los resultados de las mismas.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,

Rolando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

cc. Arch.
CTVC. Nac.

[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

Telf. Sede PASCO:(#)942161945 Telf. SEDE LIMA: (#)942160416	**CASO**	**N° 005-2022-CTVC/PAS**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**10/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**MONTESINOS SIMÓN CINTYA MIRELLA**	**3. NÚMERO-DNI:**	**04040939**
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – HUARIACA	**5. CARGO:**	DELEGADA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**10/03/2022**

7. DEPARTAMENTO:	PASCO	**PROVINCIA:**	PASCO
9. DISTRITO:	HUARIACA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	Urbanidad
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA.	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	43951985-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

El 10/03/2022, fue entrevistada, la Sra. Edith Elva Rajo Delgado, con DNI 43951985, usuaria del programa Contigo, por la delegada del CLTVC del distrito en mención, al proceso de la Entrega de La Pensión no Contributiva del Programa Contigo, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **NO SE BRINDAN CONDICIONES EN EL BANCO PARA REALIZAR EL COBRO. -** Según las manifestaciones de la usuaria, dijo que la accesibilidad al Banco de la Nación de Huariaca no esta adecuado para cobrar en la ventanilla o hacer alguna transacción por una persona discapacitada en silla de ruedas, encontrándose muy alto y dificultando para firmar o poner la huella digital; por tanto todavía tiene que ser apoyado por otra persona (**Ver Ficha de Veeduría**).

   En cumplimiento a sus normas técnicos del Programa garantice el cumplimiento de la RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que en el numeral 7.2.3.1. señala que el Programa Contigo tiene como estrategia "Contigo te capacita", tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los aliados estratégicos con la finalidad de mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad severa, manejo de los procedimientos del Programa, normatividad que ampara los derechos de las personas con discapacidad y estrategias de acercamiento y acceso a servicios dirigidos a personas con discapacidad severa

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al Banco de la Nación para que en sus agencias se habilite ventanillas más bajas y accesibles para las personas con discapacidad, donde se pueda mejorar las condiciones y la atención de los usuarios que se desplazan en sillas de rueda.

V. Anexo (Total de páginas/folios: 02)

Ficha de V-005-2022-PAS-D (folios 01).

Rolando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	**942 161 945**	**FICHA DE ENTREVISTA**	FEBRERO 2022	**CODIGO N° V-005-2022-PAS-D**
Teléfono Nacional:	**984 056 206**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**		**C5**

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA | **(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA**

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	__10_/__03__/_2022_/	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	__16___:__50___

NOTA IMPORTANTE:

A) La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:

i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).

ii) En segunda instancia y solo cuando el usuario es menor de edad o siendo mayor de edad no pueda manifestar su voluntad, la entrevista debe ser aplicada a la persona autorizada para cobrar por el usuario (autorizado mediante resolución del programa Contigo).

B) En caso la ficha se aplique a la persona autorizada para cobrar, entonces la entrevista debe hacerse y comprenderse como si se aplicara al mismo usuario .

C) PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:

3	**N° DNI del Usuario:**	43951985	4	**Apellidos y nombres del Usuario:**	**RAJO DELGADO EDITH ELVA**
5	**DEPARTAMENTO:**	PASCO	6	**PROVINCIA:**	PASCO
7	**DISTRITO:**	HUARIACA	8	**CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :**	Urbanidad.
9	**Fecha de nacimiento del Usuario:**	06.05.1978	10	**Condición de edad del Usuario**	**(a)** Mayor de edad **(b)** Menor de edad
11	**Sexo del Usuario:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	12	**Teléfono/celular del Usuario:**	
13	**Nivel de instrucción del Usuario:**	**(a)** Sin nivel **(b)** Inicial **(c)** Primaria **(d)** Secundaria **(e)** Básica especial **(f)** Técnico **(g)** Superior Educación Primaria			
14	**Idioma predominante del Usuario:**	**(a)** Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

15	¿Quién es el Informante?	**(a)** El Usuario **(b)** Persona autorizada para cobrar			
	Si el Informante es el propio USUARIO, pase a la pregunta 23 y siguientes				
16	**N° DNI del Informante:**		17	**Apellidos y nombres del Informante:**	
18	**Sexo del Informante:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	19	**Teléfono/celular del Informante:**	
20	**Reside en la misma vivienda con el Usuario/a?**	**(a)** SI **(b)** NO	21	**Relación de parentesco con el Usuario/a:**	**(a)** Madre **(b)** Padre **(c)** Otro:____ _____
22	**Idioma predominante del Informante:**	**(a)** Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

III. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

23	¿El trámite de afiliación al programa Contigo fue gratuito?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
23,1	Si la respuesta es "**NO**", diga cuánto pagó:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más			**NS/NR**	**NA**
23,2	¿El personal que recibió su solicitud de afiliación, lo atendió en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
23,3	¿Cómo califica la atención recibida por el personal que recibió su solicitud de afiliación?	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**	**NA**
23,4	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?	_____años/ __08____meses/			**NS/NR**	**NA**
24	¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
25	¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
26	¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
27	¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	

B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN

28	¿Solicitó la **autorización** para el cobro de la pensión al Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
	De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 29 y siguientes					
28.1	¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización?:	**(a)** Municipalidad-OMAPED **(b)** Sede del Programa CONTIGO-Lima **(c)** Otro_____				**NA**
28.2	¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
	Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más				
28.3	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
28.4	¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**	**NA**
28.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?	_____años/ _____meses/			**NS/NR**	**NA**

C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

29	¿Quién se encarga de cobrar la pensión?	**(a)** El Usuario **(b)** Persona autorizada para cobrar **(c)** Persona con autorización en trámite **(d)** Persona que cobra, pero sin autorización **(e)** Otro: _____				
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?	**Lo acompaña su cuñada**	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
	30.1 *De marcar* ***NO*** *precise* ¿Por qué no se cobró la pensión? ⟶ ***Y Pase a la Pregunta 40 y siguientes*** :					

C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE

31	¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
	De marcar NO Pase a la Pregunta 32 y siguientes					
31.1	¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario? ***Puede marcar más de una opción:***	**(a)** La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa **(b)** El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro **(c)** Banco/cajero NO tiene acceso expedito para personas con discapacidad **(d)** Banco/cajero cerrado/no atiende **(e)** No abonaron la cuenta del usuario **(f)** Bloquearon la cuenta del usuario **(g)** Pérdida de tarjeta del usuario **(h)** Otros Precise: _____				

C.2. ATENCIÓN EN EL BANCO DE LA NACIÓN /AGENTE BANCARIO/ETV 0

32	¿Le pagaron completo el monto de la pensión en el Banco/Agente?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
33	¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
34	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? *(tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)*		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
35	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**	**NA**

C.3. MEDIO DE TRANSPORTE, TIEMPO Y COSTO PARA IR A COBRAR AL PUNTO DE PAGO

36	¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	**(a)** Caminando **(b)** Transporte público **(c)** Bote/ Peque-peque/ Chalupa **(d)** Acémila **(e)** Otro: especifique **Lo desplazan en silla de rueda, tiene dificultad subir al auto**			**NS/NR**	**NA**
37	¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	___ días 01__ horas _ minutos			**NS/NR**	**NA**
38	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?	**(a)** de 1 a 20 soles **(b)** 21 a 50 soles **(c)** 51 a 100 soles **(d)** de 101 soles a más **(e)** Nada			**NS/NR**	**NA**
39	¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde se cobra la pensión del Usuario?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**

IV. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

A. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE USUARIO/A (Para Usuarios/as mayores de 18 años que expresan voluntad)

40	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
41	El Programa le brinda información acerca de sus derechos	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
42	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	**SI**	**NO**	**NS/NR**	

B. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresan voluntad)

43	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	**SI**	**NO**	**NS/NR**	

SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL

46	En los 4 últimos meses ¿el personal de OMAPED o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
47	En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
48	¿Como considera que lo tratan en su casa?	**(a)** Muy mal **(b)** Mal **(c)** Regular **(d)** Bien **(e)** Muy Bien			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	**942 161 945**	**FICHA DE ENTREVISTA**	FEBRERO 2022	**CODIGO N° V-005-2022-PAS-D**
Teléfono Nacional:	**984 056 206**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**		**C5**

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA | **(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA**

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	__10_/__03__/_2022_/	**2**	**HORA INICIAL de la entrevista:**	__16___:__50___

NOTA IMPORTANTE:

A) La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:

i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).

ii) En segunda instancia y solo cuando el usuario es menor de edad o siendo mayor de edad no pueda manifestar su voluntad, la entrevista debe ser aplicada a la persona autorizada para cobrar por el usuario (autorizado mediante resolución del programa Contigo).

B) En caso la ficha se aplique a la persona autorizada para cobrar, entonces la entrevista debe hacerse y comprenderse como si se aplicara al mismo usuario .

	48.1	En caso de marcar **muy mal**, **mal**, **regular**, mencione por qué:						
49	¿Con que servicios cuenta su casa? (lugar donde permanece el usuario) Puede marcar más de una opción	**(a)** Agua	**(b)** Desagüe	**(c)** Energía eléctrica	**(d)** Cable	**(e)** Internet		

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD

50	¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
51	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
52	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
53	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**	

54	**OBSERVACIONES (o dificultades)**	Ninguno
55	**RECOMENDACIONES**	Gestionar la solicitud de autorización para el cobro de su pago por su cuñada.

56	**FECHA FINAL de la entrevista:**	__10_/__03__/_2022_/	**57**	**HORA FINAL de la entrevista:**	__17___:__45___

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN		**DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:	CINTYA MIRELLA MONTESINOS SIMÓN	**Nombres y Apellidos:**	Rolando Valentín Arias
DNI:	04040939	**DNI:**	###
Cargo:	DELEGADA	**Cargo:**	Responsable Regional CTVC Pasco
Correo electrónico:	NO	**Correo electrónico:**	pasco.rrctvcperu@gmail.com
Teléfono:	932588898	**Teléfono:**	942 161 945