COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Surquillo, 24 de marzo de 2022

OFICIO Nº 034-2022-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)
DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO
Directora Ejecutiva
Programa CONTIGO
Presente. -

Asunto : Se ALERTA doce (12) CASOS

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° 0004-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0005-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0006-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0007-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0008-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0009-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0010-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0011-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0012-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0013-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0015-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0016-2022-CTVC/LIC

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,

STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

[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

Calle Las Palomas N 430, Urbanización Limatambo, Surquillo.
Teléfono: (01) 422-6900, Celular: 994432613
Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / limametro.rrctvcperu@gmail.com
Página Web: www.ctvcperu.org.pe

Telf. de Lima y Callao: 994432613 Telf. Nacional: 984056206	CASO	N° 0012-2022-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	**1. FECHA DE REGISTRO:**	11/03/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MALLMA DELGADO LUCIA ESTHER	**3. NÚMERO-DNI:**	07342258
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA ENRIQUE MONTENEGRO – MARISCAL CACERES DE SAN JUAN DE LURIGANCHO	**5. CARGO:**	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	11/03/2022

7. DEPARTAMENTO:	LIMA	**8. PROVINCIA:**	LIMA
9. DISTRITO:	SAN JUAN DE LURIGANCHO	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	MZ. J 1LT. 24 3ERA ZONA BAYOVAR
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	**12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	78962686-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	1

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

Durante las acciones de veeduría a los procesos del Programa De Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO, en el distrito de San Juan de Lurigancho se realizó la entrevista con la Sra. Carmen Rosa Gutiérrez León, madre de R.A.Q.G. con número de DNI 78962686, usuario/a del programa Contigo, identificándose los siguientes puntos críticos:

1. **USUARIA/O RECIBIÓ INCOMPLETO SU PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA.** Madre de usuaria manifiesta que todos los meses que va al Banco a cobrar su pensión, recibe 597 soles, puesto que tiene dos niñas en el programa debería recibir 600. Desconoce el por qué recibe incompleto el monto, ella tiene conocimiento que la pensión es de 300 soles bimestral.

   Esta situación podría contravenir el **Decreto Supremo Nº 004-2015-MIMP** que en sus artículos 12 y 13 indica que el monto de la pensión es de 150.00 soles mensual y la entrega se realiza de forma bimestral, lo que corresponde a 300.00 soles cada depósito. Asimismo, la **RDE 108-2021-MIDIS/PNPDS-DE** Directiva de la "Gestión de la transferencia monetaria en cuenta", que indica en el punto 5.10. que la Pensión no contributiva es el monto dinerario de trescientos soles (S/ 300.00) entregado de manera bimestral a las personas con discapacidad severa en situación de pobreza que tienen la condición de usuarias/os del Programa CONTIGO con la finalidad de elevar su calidad de vida.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado de los objetivos del programa Contigo y en observancia a sus lineamientos técnicos, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los puntos críticos alertados en el presente caso, a fin de garantizar el cumplimiento a los Principios y estándares ofrecidos por el Programa Contigo.
- Fortalecer la articulación para garantizar el seguimiento y monitoreo a los usuarios/as a e informar clara y oportunamente a través de las intervenciones planteadas por el programa a los usuarios a fin de identificar situaciones que afectan y/o incrementan la vulnerabilidad, por ejemplo, cobro incompleto de los usuarios/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04)

1. Copia Ficha de Vigilancia N° V-031-2022-LIC-D (03 folios).
2. Anexo Fotográfico (01 folio).

STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

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

Teléfono Regional:	**994432613**	**FICHA DE ENTREVISTA**	**CODIGO N° V-031-2022-LIC-D**
Teléfono Nacional:	**984056206**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA / **(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA**	

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	11/03/2022	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	13:12

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:**	78962686	4	**Apellidos y nombres del Usuario:**	QUISPE GUTIERREZ RIHANA ADELA
5	**DEPARTAMENTO:**	LIMA	6	**PROVINCIA:**	LIMA
7	**DISTRITO:**	SAN JUAN DE LURIGANCHO	8	**CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :**	MZ. J 1 LT. 24 3ERA ZONA BAYOVAR
9	**Fecha de nacimiento del Usuario:**	05/02/2015	10	**Condición de edad del Usuario**	**(a)** Mayor de edad **(b)** Menor de e dad
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			
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:**	40231065	17	**Apellidos y nombres del Informante:**	GUTIERREZ LEON CARMEN ROSA
18	**Sexo del Informante:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	19	**Teléfono/celular del Informante:**	914241369
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? 1 años/_____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/06meses/			**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?	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*** : POR FALTA DE TIEMPO					
	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					
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 _____			NS/NR	NA	
37	¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ___ días ____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 ùltimos 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					
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)**					
	INDICA QUE SIEMPRE LE REALIZAN EL DESCUENTO DE 3 SOLES EN EL BANCO DE LA NACION. INDICA QUE ANTES QUE SU HIJA FUERA USUARIA OMAPED LE SOLICITÓ QUE VAYA A REUNION DE APOYO ELECTORAL AL ACTUAL					
55	**RECOMENDACIONES**	ALCALDE. APROXIMADAMENTE FUE 2018.				

56	**FECHA FINAL de la entrevista:**	11/03/2022	57 **HORA FINAL de la entrevista:**	13:27

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:	LUCIA ESTHER MALLMA DELGADO	**Nombres y Apellidos:**	STALIN JOSEPH PORTAL CABANILLAS
DNI:	07342258	**DNI:**	45206830
Cargo:	PRESIDENTA	**Cargo:**	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:	luciamallmadel@gmail.com	**Correo electrónico:**	limametro.rrctvcperu@gmail.com
Teléfono:	992059735	**Teléfono:**	994432613

CAPTURA DE PANTALLA DE LLAMADA TELEFÓNICA A USUARIO Y FOTOGRAFÍA DEL VOCUHER

Banco de la Nación

RUC : 20100030595 17MAR2022

AHORROS M.N. - RETIRO TARJ. MULTIRED

CUENTA : 04-050-046988

C.C.I : 018 000 004050046988 03

GUTIERREZ LEON CARMEN ROSA

S.ANTERIOR S/ **********597.73

RET.EFEC. S/ **********597.00

S.ACTUAL S/ **********0.73

S.DISPONIBLE S/ **********0.73

COMIS.C/CTA S/ *****0.00

ITF C/CTA S/ *****0.00

CTA.DOMICILIADA: OFICINA PRINCIPAL 2

0516513 1700 1290

615300187 16:21 CLIENTE

DESDE EL 01.06.2017 COMISION X REPOSICION/ADIC.TARJ.

S/.12 O USTED PUEDE RESOLVER SU CONTRATO EN AGENCIAS BN

"Verifique su dinero antes de retirarse de la ventanilla"

9921835-5-E Banco de la Nación Banco de la Nación