

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

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Moquegua, 08 de abril del 2022

OFICIO N° 005-2022-CTVC/MOQUEGUA

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

Moquegua.-

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 (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 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 realizado por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, como responsable del Equipo Técnico le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| • CASO N° 004-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 010-2022-CTVC/MOQ |
| • CASO N° 005-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 011-2022-CTVC/MOQ. |
| • CASO N° 006-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 012-2022-CTVC/MOQ. |
| • CASO N° 007-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 013-2022-CTVC/MOQ. |
| • CASO N° 008-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 014-2022-CTVC/MOQ. |
| • CASO N° 009-2022-CTVC/MOQ. | • CASO N° 015-2022-CTVC/MOQ |

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

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

Atentamente,

1 Un caso resuelto es aquel que el programa social ha comunicado al comité - por escrito -, manifestado:

- 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 acción correctiva inmediata que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestren la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión, Citando normas o documentos que así los demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO PARCIALMENTE RESUELTO.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

Calle. Dos de Mayo N° 160 – Centro Poblado San Francisco - Moquegua.

Celular: 942153597. RPM #942153597

[http:// www.ctvcperu.org](http://www.ctvcperu.org)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Moquegua 942153597 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 013-2022-CTVC/MOQ
--	-------------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	21/03/2022
------------------	---------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	QUISPIUPAC COLQUE IGNACIO	3. NÚMERO-DNI:	04732661
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – UBINAS	5. CARGO:	SECRETARIO

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

7. DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	8. PROVINCIA:	GRAL. SANCHEZ CERRO
9. DISTRITO:	UBINAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SACOHAYA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	76679918-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, el Sr. Ignacio Quispitupac Colque, Secretario del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Distrito de Ubinas, entrevistado con el Sr. Eduardo Jhoel Vilca López, identificado con número de DNI 76679918, usuario del programa Contigo, identificándose el siguiente punto crítico:

1. PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.

Durante la entrevista que se ha realizado al usuario del Programa Contigo, refiere que, durante mas de 4 meses el personal de la OMAPED de la Municipalidad y el Programa Contigo, no realizan acompañamiento al cobro de su Pensión No Contributiva.

Esta situación no cumple con lo señalado en las normas de Gestión del Acompañamiento y Articulación del programa, señaladas en la RDE-091-2020-MIDIS-PNPDS-DE-Directiva 8, en el punto 5.2 que hace mención al acompañamiento al cobro: “Conjunto de acciones destinadas a asistir al usuario/a y/o su autorizado/a para ejercer el derecho al cobro de la pensión no contributiva, brindándoles información sobre los procedimientos del Programa y orientándolos para acceder a los canales de atención bancaria (Oficinas, cajeros automáticos, agentes corresponsables, Banca Móvil, entre otros)”.

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 el acompañamiento a usuarios/as y personas autorizadas para el cobro con el objetivo de realizar el monitoreo correspondiente y brindar información oportuna respecto a la entrega de la pensión no contributiva

Se solicita se pueda verificar el caso alertado, asimismo se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01)

1. Copia de Ficha de Vigilancia V-0023-2022-MOQ-D (01 folios)



Anexo Copia de Ficha de Vigilancia V-0023-2022-MOQ-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA					
SEDE REGIONAL MOQUEGUA					
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO					
Teléfono Regional:		942153597		FICHA DE ENTREVISTA	
Teléfono Nacional:		994432338		USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO	
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
1 FECHA INICIAL de la entrevista:		21/03/2022		2 HORA INICIAL de la entrevista:	
				08:50	
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 (f) Noviembre - diciembre					
I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:					
3	N° DNI del Usuario:	76679918	4	Apellidos y nombres del Usuario:	VILCA LOPEZ EDUARDO JHOEL
5	DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	6	PROVINCIA:	GRAL. SANCHEZ CERRO
7	DISTRITO:	UBINAS	8	CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :	SACOHAYA
9	Fecha de nacimiento del Usuario:	11/10/1997	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:	91222591
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:		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) Otros: Abuelo
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. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN 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/ 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. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN 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			
28.3	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	SI NO NS/NR NA		
28.4	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?	SI NO NS/NR NA			
28.5	¿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		
28.6	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?	años/ 10 meses/	NS/NR NA		
C. VERIFICACIÓN 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:	SI NO NS/NR NA		
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?	SI NO NS/NR NA			
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 NA			
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 4 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: GESTIÓN 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			
48.1	En caso de marcar muy mal, mal, regular, mencione por qué:				
49	¿Con qué servicios cuenta su casa? (lugar donde permanece el usuario) Puede marcar más de un	(a) Agua (b) Desagüe (c) Energía eléctrica (d) Cable (e) Internet			
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD					
SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO 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?	SI NO NS/NR			
51	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	SI NO NS/NR			
52	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI NO NS/NR			
53	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI NO NS/NR			
54	OBSERVACIONES (o dificultades)				
55	RECOMENDACIONES				
56	FECHA FINAL de la entrevista:	21/03/2022	57	HORA FINAL de la entrevista:	09:15
DATOS DEL VEEADOR-MIEMBRO VOLUNTARIO			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL		
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		
QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN			QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
Nombres y Apellidos:			Nombres y Apellidos:		
DNI:			DNI:		
Cargo:			Cargo:		
Correo electrónico:			Correo electrónico:		
Teléfono:			Teléfono:		