Ayacucho, 18 de abril de 2022

**OFICIO N° 009-2022-CTVC/AYACUCHO**

Señora:
**Diana Elizabeth Prudencio Gamio**
Directora Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – "CONTIGO"

Ayacucho.-

**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° 007-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 008-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 009-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 010-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 011-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 012-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 013-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 014-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 015-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 016-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 017-2022-CTVC/AYA
- CASO N° 018-2022-CTVC/AYA

[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

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,

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Equipo Técnico
Unidad Territorial
AYACUCHO

……
**Luis Cancho Cuba**
Responsable Regional

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| | | |
|---|---|---|
| Telf. U.T. AYACUCHO: **942155687**<br>Telf. SEDE LIMA : **942160511** | **CASO** | **N° 017-2022-CTVC/AYA** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROGRAMA SOCIAL:** | **CONTIGO** | **1. FECHA DE REGISTRO:** | 04/03/2022 |
| **I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:** | | | |
| **2. APELLIDOS NOMBRES:** | OROSCO PILLIHUAMAN EMILIO | **3. NÚMERO-DNI:** | 28832603 |
| **4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN** | COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | **5. CARGO:** | PRESIDENTE |
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO** | | **6. FECHA DE OCURRENCIA:** | 04/03/2022 |
| **7. DEPARTAMENTO:** | AYACUCHO | **8. PROVINCIA:** | SUCRE |
| **9. DISTRITO:** | QUEROBAMBA | **10. CCPP/DIRECCIÓN:** | BARRIO SANTO DOMINGO |
| **11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA** | GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA | **12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?** | 62068709-USUARIO |
| **13. CANTIDAD DE AFECTADOS:** | 01 Usuario | **14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:** | 01 Punto Crítico |

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

Con el acompañamiento del señor Vladimir Alfaro Ramos, miembro del equipo técnico del Comité, recogió la Ficha de Entrevista N° V-011-2022-AYA-D con la cual se realizó la entrevista a la señora Nila Cabana Meléndez, persona autorizada para cobrar del programa CONTIGO, quien refirió lo siguiente:

1. **NO SE BRINDAN CONDICIONES EN EL BANCO PARA REALIZAR EL COBRO**. Durante la entrevista a la señora Nila Cabana Meléndez, madre del usuario de iniciales E.G.C., manifestó su malestar debido a su dificultad para hacer efectivo el cobro de su pensión, ya que la agencia del Banco de la Nación de Querobamba sólo tiene dos ventanillas y ninguno de ellos está destinado para la atención preferencial, tampoco estas ventanillas tienen un diseño con barandas o accesorios para personas con discapacidad; lo expresado vulneraría la promoción que se señala en el numeral *5.9. Enfoque de Derechos* que señala *"El enfoque de derechos busca fortalecer y reconocer a la persona con discapacidad severa, como sujeto de derechos, frente a la discriminación estructural que sufren en todos los ámbitos de la vida. Por lo que no se crea nuevos derechos, sino que se promueve, protege y asegura el goce pleno de los derechos humanos y libertades fundamentales, en condiciones de igualdad promoviendo el respeto a su dignidad inherente."* de la RDE Nº 091-2021-MIDIS/PNPDS-DE *"Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación*.
   De lo expuesto, el usuario pide que el programa dentro de su trabajo articulado, incida ante el Banco de la Nación y el gobierno local a fin que la agencia instalada en esta localidad brinde una mejor atención a los usuarios por la condición que tienen y más aun siendo esta la única agencia que atiende a toda la provincia. (**Ver Ficha de Entrevista**).

Cabe resaltar que la entrevista se realizó vía telefónica con la señora Nila Cabana Meléndez, con DNI N° 28482040, en su calidad de persona autorizada para el cobro del programa CONTIGO en el distrito de Querobamba.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

- El programa CONTIGO garantice el cumplimiento de sus directivas RDE Nº 091-2021-MIDIS/PNPDS-DE "Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación".

- El programa CONTIGO inste a la agencia del Banco de la Nación de Querobamba que brinde una atención preferencial y en las condiciones que señala la Ley N° 27408, que fue modificada con la Ley Nº 28683.

**V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)**

**Ficha de Entrevista** N° V-011-2022-AYA-D. (03 folios).

VLADIMIR ALFARO RAMOS
Responsable de Campo - Equipo Técnico - Ayacucho
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**
**SEDE REGIONAL AYACUCHO**
**VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Teléfono Regional:** | **994431963** | **FICHA DE ENTREVISTA** | **CODIGO N° V-011-2022-AYA-D** |
| **Teléfono Nacional:** | **942160511** | **USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO** | |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | **FECHA INICIAL de la entrevista:** | 4/03/2022 | 2 | **HORA INICIAL de la entrevista:** | 06:40 |

***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:** | 62068709 | 4 | **Apellidos y nombres del Usuario:** | **GALVAN CABANA, EDWIN** |
| 5 | **DEPARTAMENTO:** | AYACUCHO | 6 | **PROVINCIA:** | SUCRE |
| 7 | **DISTRITO:** | QUEROBAMBA | 8 | **CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :** | **BARRIO SANTO DOMINGO** |
| 9 | **Fecha de nacimiento del Usuario:** | 2/03/2010 | 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:** | NO TIENE |
| 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:** | 28482040 | 17 | **Apellidos y nombres del Informante:** | **CABANA MELENDEZ, NILA** |
| 18 | **Sexo del Informante:** | **(a)** Femenino **(b)** Masculino | 19 | **Teléfono/celular del Informante:** | 975951892 |
| 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/ _____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/ 5 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? | SI | NO | NS/NR | | |
| | 30.1 *De marcar* ***NO*** *precise* ¿Por qué no se cobró la pensión? ***→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 _____ | | | NS/NR | NA | |
| 37 | ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ___ días ____ horas 15 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)** | |
| 55 | **RECOMENDACIONES** | **PIDE QUE MEJORE LA ATENCION EN EL BANCO** |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 56 | **FECHA FINAL de la entrevista:** | 4/03/2022 | 57 | **HORA FINAL de la entrevista:** | 07:02 |

| **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:** | EMILIO OROSCO PILLIHUAMAN | **Nombres y Apellidos:** | VLADIMIR ALFARO RAMOS |
| **DNI:** | 28832603 | **DNI:** | 40278883 |
| **Cargo:** | PRESIDENTE | **Cargo:** | RESPONSABLE DE CAMPO |
| **Correo electrónico:** | emilio_orosco@hotmail.com | **Correo electrónico:** | ayacucho.2rctvcperu@gmail.com |
| **Teléfono:** | 945688964 | **Teléfono:** | 994431963 |