

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS**

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Iquitos, 29 de abril de 2022

OFICIO N°007-2022-CTVC/LORETO IQUITOS

Señor (a)

DIANA ELIZBETH PRUDENCIO GAMIO

Directora Ejecutiva

Programa Nacional del Proceso de Entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza - **CONTIGO**

Presente. -

Asunto : Se ALERTA ocho (08) 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° 0019-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0020-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0021-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0022-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0023-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0024-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0025-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0026-2022-CTVC/IQU

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


ELVA ROSA CARMONA DE CHU
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-LORETO-IQUITOS



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. IQUITOS:(#)942161156 Telf. LIMA: (#)951864589		CASO		N° 0020-2022-CTVC/IQU	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 18/03/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		YAHUARCANI COQUINCHE JULIANA		3. NÚMERO-DNI: 40772556	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO: VICE - PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 18/03/2023	
7. DEPARTAMENTO:		LORETO		8. PROVINCIA: MAYNAS	
9. DISTRITO:		NAPO		10. CCPP/DIRECCIÓN: SANTA CLOTILDE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:		GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? 42385240-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Con fecha 18/03/2022 durante las acciones de vigilancia a los Procesos del Programa de Entrega de Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Condición de Pobreza – CONTIGO, la vice presidente del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana entrevistó al Sr. Antonio Ojón Papa, DNI 42385240, usuario del Programa, recogiendo mediante Ficha de Entrevista N°0054-2022-IQU-D, el punto crítico descrito a continuación:

- 1. NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.** Durante la entrevista el usuario ha manifestado que, en los últimos 06 meses no ha recibido servicio complementario especializado para contribuir a mejorar su calidad de vida. Esta situación difiere de lo establecido en la **RDE 091-MIDIS-PNPDS-DE DIRECTIVA 08 GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO Y ARTICULACIÓN**, en los Numerales 4.1 Unidad de Acompañamiento - 5.1 Gestión del Acompañamiento y también en la **RDE 036-202-MIDIS/PNPDS-DE - Plan de Trabajo 2021 –Unidad de Acompañamiento**, en los Numerales 5.1 Objetivo General: “Usuarios/as reciben servicio integral de acompañamiento que contribuye al acceso de los servicios complementarios y a la promoción del ejercicio de sus derechos acorde a las necesidades de su condición”. **A 3.3 Articulación con aliados estratégicos** para promover el acceso a servicios complementarios de los/as usuarios/as - **T 3.3.2 Coordinación con aliados estratégicos para promover el acceso a servicios complementarios.** A través de la cual se pueda recoger, procesar y organizar las buenas prácticas identificadas en los gobiernos locales relacionadas al trabajo con los/as usuarios/as de programa.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

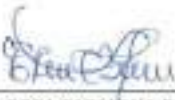
En cumplimiento de los lineamientos técnicos del Programa CONTIGO y sus acciones de coordinación se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

- Se promueva el desarrollo de acciones de fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica a los responsables de OMAPED para garantizar el éxito de la intervención del Programa
- Se garantice el cumplimiento de las estrategias de articulación intra e intersectorial que impulsa el programa en el territorio para el logro de los objetivos institucionales.

- Que el programa realice las indagaciones respectivas sobre el punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de Alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

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

1. Copia de Ficha de Entrevista N°0054-2022-IQU-D (01 folios)


ELVA ROSA CARMONA DE CHU
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-LORETO-IQUITOS



Anexo 01

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS									
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO									
Teléfono Regional:		942161156		FICHA DE ENTREVISTA			CODIGO N°0054-2022-IQU-D		
Teléfono Nacional:		951864589		USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO					
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA				(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA					
1 FECHA INICIAL de la entrevista:		18 / 03 / 2022 /				2 HORA INICIAL de la entrevista:		12 : 00	
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 como si fuera el mismo usuario.									
C) PRECISE EL PERIODO 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:		42385240				4 Apellidos y nombres del Usuario:		AJÓN PAPA ANTONIO	
5 DEPARTAMENTO:		LORETO				6 PROVINCIA:		MAYNAS	
7 DISTRITO:		NAPO				8 CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :		SANTA CLOTILDE	
9 Fecha de nacimiento del Usuario:		26 / 03 / 1981 /				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:		985820527	
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) 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. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA									
23 ¿El trámite de afiliación al programa Contigo fue gratuito?									
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									
23.2 ¿El personal que recibió su solicitud de afiliación, lo atendió en el idioma que usted usa?									
(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena									
23.3 ¿Cómo califica la atención recibida por el personal que recibió su solicitud de afiliación?									
23.4 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?									
24 ¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?									
25 ¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?									
26 ¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?									
27 ¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?									
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?									
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									
28.2 ¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?									
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?									
(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena									
28.4 ¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?									
28.5 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?									
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:									
30 ¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?									
30.1 De marcar NO precise ¿Por qué no se cobró la pensión?									
A la espera de la PIAS Río Napo, para cobrar en Banco de La Nación, modalidad que vulnera el derecho de los usuarios por la demora de aproximadamente 6 meses.									
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN									
31 ¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?									
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: Banco de la Nación demora 6 meses para llegar a la comunidad									
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?									
33 ¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?									
34 ¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)									
35 ¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena									
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									
37 ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?									
38 ¿Cuánto dinero gastó para llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?									
39 ¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde se cobra la pensión del Usuario?									
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.									
41 El Programa le brinda información acerca de sus derechos									
42 El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad									
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.									
44 El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;									
45 El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad									
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?									
47 En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?									
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									
50 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?									
51 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?									
52 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?									
53 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?									
54 OBSERVACIONES (o dificultades)									
55 RECOMENDACIONES									
56 FECHA FINAL de la entrevista: 17 / 03 / 2022 /									
57 HORA FINAL de la entrevista: 12 : 35									
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									
Nombres y Apellidos:		JULIANA YAHUARCANI COQUINCHÉ							
DNI:		40772556							
Cargo:		VICEPRESIDENTE							
Correo electrónico:		loreto.1rctvcperu@gmail.com							
Teléfono:		979271789							
DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL									
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN									
Nombres y Apellidos:		ELVA ROSA CARMONA DE CHU							
DNI:		05840895							
Cargo:		RESPONSABLE REGIONAL							
Correo electrónico:		loreto.1rctvcperu@gmail.com							
Teléfono:		942161156							