Yurimaguas, 21 de abril de 2022

OFICIO Nº0017-2022-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS

Señor (a)
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
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/YUR
- CASO N° 0020-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0021-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0022-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0023-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0024-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0025-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0026-2022-CTVC/YUR

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
YURIMAGUAS

MILLER GONZALES SALDAÑA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. YURIMAGUAS: 942161470 Telf. LIMA: 951864589	CASO	N°0020-2022-CTVC/YUR

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**09/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**MENDOZA FLORES CONSUELO**	**3. NÚMERO-DNI:**	05609472
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPATRENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**09/03/2022**
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	**8. PROVINCIA:**	ALTO AMAZONAS
9. DISTRITO:	TTE. CESAR LOPEZ ROJAS	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	SHUCUSHYACU
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?**	80813856-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 puntos críticos

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

Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a la Persona con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO, se realizó la entrevista a la Sra. Dreysi Armas Magipo, quien es la persona autorizada de cobro por su hija Prisca Jael Del Águila Armas quien es usuaria del programa Contigo, identificándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.**
   Durante la entrevista realizada a la persona autorizada de cobro Sra. Dreysi Armas Magipo por su hija que es usuaria del programa, refiere que en los últimos cuatro meses no recibió llamada y/o visita por parte de la OMAPED o del programa CONTIGO, para orientarle, brindarle información sobre el proceso del cobro de la pensión no contributiva que le ofrece el programa y/o verificar si cobró la pensión.

RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE que aprueba la Directiva N° 08-2020-MIDIS/PNPDS-DE. denominada "Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación".

5. DEFINICIONES
5.2. 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).*

5.17. Monitoreo del uso de la pensión no contributiva
*Es el procedimiento por el cual **se recoge información de los/las usuarios/as a través de visitas al hogar**, que permita levantar información, analizar y hacer una retroalimentación de los usos que se le da a la pensión no contributiva, lo cual permite al Programa CONTIGO optimizar la intervención, **impactando en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad severa, usuarios/as del Programa***

RDE 0036-2021-MIDIS/PNPDS-DE que aprueba el "Plan de Trabajo 2021 Unidad de Acompañamiento".

PLAN DE TRABAJO 2021
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.*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Gestión del Acompañamiento que se brinda a los usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar el cumplimiento RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 08-2020-MIDIS/PNPDS-DE denominada "Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación".

- 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.

- Mejorar servicio de call center para una oportuna atención a usuarios/as, personas autorizadas de cobro, aliados (OMAPED, OREDIS) y ciudadanos/as.

- Se solicita al programa CONTIGO pueda informar sobre lo acontecido en el plazo establecido, además de la implementación de las medidas preventivas, pertinentes, dirigidas a mitigar, superar o dar solución a los riesgos comentados en la presente alerta.

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

1. Ficha de VIGILANCIA **N° V-014-2022-YUR-D. (02 folio).**

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Equipo Técnico
Unidad Territorial
YURIMAGUAS

MILLER GONZALES SALDAÑA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

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

Teléfono Regional:	942161470	FICHA DE ENTREVISTA	CODIGO N° V-014-2022-YUR-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	09/03/2022	2	HORA INICIAL de la entrevista:	14:30

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:	80813856	4	Apellidos y nombres del Usuario:	DEL AGUILA ARMAS PRISCA JAEL
5	DEPARTAMENTO:	LORETO	6	PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
7	DISTRITO:	TTE. CESAR LOPEZ ROJAS	8	CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :	SHUCUSHYACU
9	Fecha de nacimiento del Usuario:	15/09/2012	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			
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:	48146551	17	Apellidos y nombres del Informante:	ARMAS MAGIPO DREYSI
18	Sexo del Informante:	(a) Femenino (b) Masculino	19	Teléfono/celular del Informante:	921489459
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?	_01___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?		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

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

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

Teléfono Regional:	**942161470**	**FICHA DE ENTREVISTA**	**CODIGO N° V-014-2022-YUR-D**
Teléfono Nacional:	**951864589**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	

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

	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 Usua	**(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 *10* minutos		**NS/NR**	**NA**
38	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?	**(a)** de 1 a 20 sole **(b)** 21 a 50 soles **(c)** 51 a 100 sole **(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 c	**(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)**			
	El programa debe actualizar el directorio de los usuarios.			
55	**RECOMENDACIONES**			
	La OMAPED y el programa deben monitorear a los usuarios.			
56	**FECHA FINAL de la entrevista:**	09/03/2022	57 **HORA FINAL de la entrevista:**	14:57

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:	CONSUELO MENDOZA FLORES	**Nombres y Apellidos:**	MILLER GONZALES SALDAÑA
DNI:	05609472	**DNI:**	41005700
Cargo:	PRESIDENTE CLTVC SHUCUSHYACU-TTE CESAR LOPEZ	**Cargo:**	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	loreto.2rrctvcperu@gmail.com
Teléfono:	917490996	**Teléfono:**	942161470