Huánuco, 22 de abril de 2022

OFICIO Nº 017-2022-CTVC/HUANUCO

Sra.
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
Presente. -

Asunto: Se ALERTA seis (06) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros delComité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle queel 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 los siguientes CASOS[1]:

- **CASO N° 023-2022-CTVC/HUA**
- **CASO N° 024-2022-CTVC/HUA**
- **CASO N° 025-2022-CTVC/HUA**
- **CASO N° 026-2022-CTVC/HUA**
- **CASO N° 027-2022-CTVC/HUA**
- **CASO N° 028-2022-CTVC/HUA**

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

JUAN JOSE PARDAVE TREJO
Responsable Regional

[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 procederde 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

Teléfono de Huánuco: 942161082 **Teléfono Nacional: 942160511**	**CASO**	**N° 023-2022-CTVC/HUA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**05/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**ALBORNOZ CORNE MIDA**	**3. NÚMERO-DNI:**	22755756
4.ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE OBAS	**5. CARGO:**	PRESIDENTE

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**05/03/2022**
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	**8. PROVINCIA:**	YAROWILCA
9. DISTRITO:	OBAS	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	OBAS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	48681545-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos

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

El 05/03/2022, la Sra. Mida Albornoz Corne, presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Obas, identificada con DNI N° 22755756, entrevistó al usuario Eber Augusto Alvino Lázaro, identificado con DNI N° 48681545, registrándose la información en la Ficha de Entrevista V-043-2022-HUA-D, donde se identificó los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS. -** En entrevista realizada al usuario del programa Eber Augusto Alvino Lázaro, manifestó que, en los últimos 04 meses, el Programa Contigo no realizó el acompañamiento, seguimiento y/o monitoreo a los usuarios/as, en las actividades que promuevan el ejercicio de sus derechos, orientado hacia la mejora de la calidad de vida. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE** que establece, en el numeral 6.4 de la Gestión de Seguimiento y Monitoreo, que a la letra dice: *La gestión del seguimiento y monitoreo, parte del recojo de información, procesamiento y análisis que permita medir el avance de las actividades, identificar dificultades e incorporar medidas correctivas. Es de especial interés monitorear el uso que le da el/la usuario/a a la pensión no contributiva, lo cual permite al programa contar con información para optimizar la intervención y orientarlo hacia la mejora de la calidad de vida.*

2. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.-** Durante la entrevista realizada al usuario del programa Eber Augusto Alvino Lázaro, refiere que, durante los últimos 06 meses el programa Contigo, no ha brindado servicios complementarios especializados a sus usuarios/as, que contribuya a la mejora de la calidad de calidad de vida; ni ha desarrollado acciones de articulación intersectorial e interinstitucional en el distrito a favor del usuario/a. Esta situación podría contravenir **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE** en el numeral 4 inciso 4.1 lo cual establece que, en la Unidad de Acompañamiento**:** *Unidad técnica encargada de promover el acceso a servicios complementarios especializados otorgados por otros sectores públicos o privados, adicionales a las que otorga el programa Contigo, que contribuyan a la elevar en la calidad de vida de las personas con discapacidad severas usuarias (os) del programa, a través de los subprocesos de articulación intersectorial, intergubernamental e interinstitucional y acompañamiento al usuario, así como implementar los mecanismos para el monitoreo de uso de la pensión*.
   Esta Situación también podría vulnerar la **RDE N° 036-2021-MIDIS/PNPDS-DE**, "Plan de Trabajo 2021 Unidad de Acompañamiento" en el numeral V inciso 5.1 Objetivo General que a la letra dice: *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:

1. Se Recomienda al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE**
2. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 036-2021-MIDIS/PNPDS-DE**
3. Se recomienda fortalecer las líneas de comunicación entre programa Contigo-OMAPED.
4. Se recomienda fortalecer la articulación con los aliados estratégicos a fin de que reciban capacitación e información completa para brindar una atención oportuna.
5. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la mencionada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Entrevista V-043-2022-HUA-D **(04 folios).**

Sherli Karina Salome Arzapalo
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942154740	**FICHA DE ENTREVISTA**	
Teléfono Nacional:	942160511	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	CODIGO N° E-043-2022-HUA-D

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

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	05/03/2022	2	HORA INICIAL de la entrevista:	9:00 a. m.

NOTA IMPORTANTE:

A)La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:

a.En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).

b.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:	48681545	4	Apellidos y nombres del Usuario:	ALVINO LAZARO EBER AUGUSTO
5	DEPARTAMENTO:	HUANUCO	6	PROVINCIA:	YAROWILCA
7	DISTRITO:	OBAS	8	CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:	OBAS
9	Fecha de nacimiento del Usuario:	14/01/1987	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:	994318747
13	Nivel de instrucción del Usuario:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Basica 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. 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?	00 años/ 10 meses/		NS/NR	NA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	**942154740**	**FICHA DE ENTREVISTA**	
Teléfono Nacional:	**942160511**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	**CODIGO N° E-043-2022-HUA-D**

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

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	**05/03/2022**	**2** **HORA INICIAL de la entrevista:**	**9:00 a. m.**

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/ _____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 Autorizacion 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				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	**942154740**	**FICHA DE ENTREVISTA**	
Teléfono Nacional:	**942160511**	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	**CODIGO N° E-043-2022-HUA-D**

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

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	**05/03/2022**	**2**	**HORA INICIAL de la entrevista:** **9:00 a. m.**

(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 **Motocar**			**NS/NR**	**NA**
37	¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ___ días ___ horas **20** 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**	**NA**
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;	**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
	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:				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942154740	FICHA DE ENTREVISTA	
Teléfono Nacional:	942160511	USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° E-043-2022-HUA-D

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

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	05/03/2022	2 HORA INICIAL de la entrevista:	9:00 a. m.

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
		SILO				

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					

56	FECHA FINAL de la entrevista:	05/03/2022	57 HORA FINAL de la entrevista:	10:30 a. m.

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:	MIDA ALBORNOZ CORNE	Nombres y Apellidos:	SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO
DNI:	22755756	DNI:	42081603
Cargo:	PRESIDENTE DEL CLTVC	Cargo:	ET-RC-CTVC
Correo electrónico:		Correo electrónico:	HUANUCO1.RCVTCPERU@GMAIL.COM
Teléfono:	962088512	Teléfono:	942154740