Apurímac, 05 de abril de 2022

OFICIO Nº0017-2022-CTVC/APURIMAC

Señora
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 cinco (06) 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 los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 0025-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0026-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0027-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0028-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0029-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0030-2022-CTVC/APU

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

……
Guerson Yovani Paliza Pinto
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 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

Teléfono Apurímac: 942160032 **Teléfono Nacional: 994432338**	**CASO**	**N° 0026-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**29/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GARCÍA HUANACO CELIA ROSA	**3. NÚMERO-DNI:**	46172567
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**03/03/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	COTABAMBAS
9. DISTRITO:	HAQUIRA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	CCPP PATAN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	45083684-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

Durante las acciones de veeduría realizadas por la vicepresidenta del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.** Durante la entrevista a la usuaria Sra. **Beatriz Huamani Guillermo** con DNI N° **45083684**, manifiesta que hace más de cuatro meses el personal de OMAPED y del Programa no se ha comunicado con su persona para verificar el cobro de la pensión del usuario ni hacerle ningún seguimiento.

   Esta situación no cumple con lo señalado en las normas de Gestión del Acompañamiento y Articulación del programa, señaladas en la RDE-091-2020-MIDISPNPDS-DE-Directiva 8 “Gestión de Acompañamiento y Articulación” 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:

- Fortalecer el acompañamiento a usuarios/as y personas autorizadas para el cobro con el objetivo de brindar información oportuna respecto a la entrega de la pensión no contributiva en consideración a sus vulnerabilidades.
- 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: 02)

1. Ficha de Entrevista N° V-0028-2022-APU-D (02 folios)

……

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Entrevista N° V-028-2022 (02 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono Regional:	942160032	USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° 028-2022-APN-D
Teléfono Nacional:	994432338		

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

1 FECHA INICIAL de la entrevista:	03/03/22	2 HORA INICIAL de la entrevista:	10:12

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: [X] 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:	45063684	4 Apellidos y nombres del Usuario:	Huempni Guillermo Beatriz
5 DEPARTAMENTO:	Apurímac	6 PROVINCIA:	Cotabambas
7 DISTRITO:	Haquira	8 CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:	Tacnamacu - Peten
9 Fecha de nacimiento del Usuario:	23/04/57	10 Condición de edad del Usuario	(a) Mayor de edad (b) Menor de edad
11 Sexo del Usuario:	[X] Femenino (b) Masculino	12 Teléfono/celular del Usuario:	958617797
13 Nivel de instrucción del Usuario:	[X] Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior		
14 Idioma predominante del Usuario:	(a) Español [X] Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro:		

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

15 ¿Quién es el Informante?	[X] 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) Asháninka (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?		[X] 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?		[X] 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 [X] Buena (e) Muy Buena		NS/NR	NA
23.4	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?	___ años/ 2 meses/		NS/NR	NA
24	¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?		[X] NO	NS/NR	
25	¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?		SI [X] NO	NS/NR	
26	¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?		[X] NO	NS/NR	
27	¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?		SI [X] 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 [X] 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?	[X] El Usuario (b) Persona autorizada para cobrar (c) Persona con autorización en trámite (d) Persona que cobra, pero sin autorización (e) Otro:	[X] NO	NS/NR
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?			
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 [X] 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?		[X] NO	NS/NR	NA
33	¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?		[X] NO	NS/NR	NA
34	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)			NS/NR	NA
35	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?:	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular [X] 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 [X] Otro: especifique DUTO		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?	[X] 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?		[X] 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 [X] NO	NS/NR
41	El Programa le brinda información acerca de sus derechos		SI [X] NO	NS/NR
42	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad		SI [X] 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 [X] NO	NS/NR
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad:		SI [X] NO	NS/NR
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad		SI [X] NO	NS/NR

SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono Regional:	942160032	USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° _____
Teléfono Nacional:	994432338		

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

1 FECHA INICIAL de la entrevista: ___/___/___/ 2 HORA INICIAL de la entrevista: ___:___

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.

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 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?	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: ___/___/___/ 57 HORA FINAL de la entrevista: 10 : 25

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:	Celia Rosa García Huenaco	Nombres y Apellidos:	Yudy Chacón Delgado
DNI:	46172567	DNI:	44523759
Cargo:	Presidenta - CTVC	Cargo:	RC - CTVC
Correo electrónico:	garciahuenacocelarosa@gmail.com	Correo electrónico:	apurimac.trctvcperu@gmail.com
Teléfono:	917661300	Teléfono:	984046553