"Año de la Universalización de la Salud"

OFICIO N° 001-2021-CTVC/LORETO IQUITOS

Iquitos, 29 de enero de 2021

Señora:
Jessica Cecilia Niño De Guzmán Esaine
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO
Loreto – Iquitos

Asunto: Se ALERTA DIEZ (10) 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 (en adelante, el Comité), en especial de su presidente, Monseñor Luis Bambarèn Gastelumendi. Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 veeduria y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 001-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 002-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 003-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 004-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 005-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 006-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 007-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 008-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 009-2021-CTVC/IQU

[1] Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa ha comunicado al Comité - por escrito -, manifestando:

1) Una conclusión sobre el CASO; precisando si tiene la **condición** de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que muestren la acción correctiva..
3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
4) Si el CASO **corresponde a dos o más puntos críticos y/o dos o más personas**, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE REUELTO.**

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

"Año de la Universalización de la Salud"

- CASO N° 010-2021-CTVC/IQU

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,

Darwin Gaviria Garcia
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. IQUITOS:(#)942161156 Telf. LIMA: (#)951864589	**CASO**	**N° 003-2021-CTVC/IQU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2020**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**LÓPEZ GONZALES LOICID**	**3. NÚMERO-DNI:**	44597015
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**19/12/2020**

7. DEPARTAMENTO:	LORETO	**8. PROVINCIA:**	M. RAMÓN CASTILLA
9. DISTRITO:	SAN PABLO	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	9 DE OCTUBRE
11. PROCESO:	GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?**	CASA DEL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	**01**

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

Con fecha 19/12/2020 durante las acciones de veeduría en contexto no presenciales del Programa Contigo, la Presidenta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de San Pablo, entrevistó al Señor Santos Tamani Ocumbe, con DNI Nº 80657585, usuario del Programa, recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-107-2020-IQU-D, donde se registró el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO REALIZA MONITOREO DE LA ENTREGA / USO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA.** El entrevistado manifestó que no ha recibido comunicación alguna en los últimos cuatro meses por parte del Programa. Por lo que se estaría incumpliendo con lo dispuesto en la RDE 095-2020-MIDIS/PNDS-DE en el numeral 2.1 Objetivo General, establece las orientaciones técnicas y modalidades de intervención en el proceso de implementación de la "Gestión del Acompañamiento y Articulación"; a través del cual se busca promover el respeto, valoración y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad severa, **así como promover el acceso a servicios complementarios en el territorio, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as del programa.**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONNES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del Proceso de Entrega y Acompañamiento de la Pensión No Contributiva que se brinda, y en cumplimiento a los lineamientos técnicos del Programa CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- 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.

- Se solicita al programa después de verificar el caso pueda informar al CTVC de manera formal sobre las acciones implementadas en atención a la resolución del caso que representa necesidad de urgente atención.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia Nº V-107-2020-IQU-D (01 FOLIO)

.....

Darwin Gaviria Garcia
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942161156
Teléfono Nacional: 951864589

FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-107-2020-IQU-D

SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS
VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

ENTREVISTA A USUARIO/A

a	Fecha de la entrevista:	19/12/2020	b	Hora de entrevista:	INICIO:	10:05	FINAL: 10:20

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:

c	N° DNI del Usuario:	80657585	d	Apellidos y nombres del Usuario:	SANTOS TAMANI OCUMBE
e	Fecha de nacimiento del Usuario:	25/03/1977	f	Edad del usuario:	43
g	Sexo del Usuario:	M	h	Teléfono/celular del Usuario:	_
i	DEPARTAMENTO:	LORETO	j	PROVINCIA:	M. RAMON CASTILLA
k	DISTRITO:	SAN PABLO	l	Dirección-CCPP/ANEXO del Usuario :	9 DE OCTUBRE

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

1	El Informante es:			
	(Advertencia: Si el informante es el propio Usuario, pase a la pregunta 2 y siguientes)			
1.1	N° DNI del Informante:		1.2	Apellidos y nombres del Informante:
1.3	Fecha de nacimiento del Informante		1.4	Edad del Informante:
1.5	Sexo del Informante:		1.6	Teléfono/celular del Informante:
1.7	Idioma predominante de Informante			
1.8	Reside en la misma vivienda con el Usuario?	SI ( ) NO ( )	1.9	Relación de parentesco con el Usuario: Madre ( ) Padre ( ) Otro:_____

2	¿El/la Sr/a. (Nombre de Usuario) ya sabe que es Usuario/a del Programa Contigo?	X	NO		
3	¿Algún miembro del hogar ya sabe (sabía) que el/la Sr/a. (Nombre de Usuario) es Usuario del Programa Contigo?	X	NO		
	(De marcar NO en las preguntas 2 y 3, suspender la aplicación de esta ficha de entrevista, indagar bien esta situación y aplicar una ficha de atención)				

III. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. SOBRE LA AFILIACION AL PROGRAMA

4	¿Se **solicitó la afiliación** del Usuario al Programa Contigo?		SI	X	NS/NR	
	(De marcar NO, NS/NR Pase a la Pregunta 5 y siguientes)					
4.1	¿En qué oficina se presentó la solicitud de afiliación del Usuario?	**a)** Municipalidad-OMAPED ( ) **b)** Sede central del Programa CONTIGO - Lima ( ) **c)** Otro_____			NS/NR	
4.2	¿Fue gratuito el trámite de afiliación en esta oficina?		SI	NO	NS/NR	
	a) Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó:	**a)** de 1 a 10 soles ( ) **b)** de 11 a 20 ( ) **c)** de 21 a 50 soles ( ) **d)** de 51 soles a más ( )				
4.3	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?		SI	NO	NS/NR	
4.4	¿Como califica la atención recibida por el personal de esa oficina?	**a)** Muy mala ( ) **b)** Mala ( ) **c)** Regular ( ) **d)** Buena ( ) **e)** Muy Buena ( )			NS/NR	
4.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se enteró de la afiliación al Programa?	_____años/ ____ meses/			NS/NR	NA
5	¿Actualmente, el Usuario es también Beneficiario del Programa Pensión 65?		SI	X	NS/NR	
6	¿Actualmente, el Usuario recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?		SI	X	NS/NR	
7	¿Actualmente, el Usuario cuenta con Clasificación Socioeconómica de POBRE o POBRE EXTREMO?		X	NO	NS/NR	

B. SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

8	¿Se solicitó la **autorización** para el cobro de la pensión al Programa Contigo?		SI	X	NS/NR	NA
	(De marcar NO, NS/NR Pase a la Pregunta 9 y siguientes)					
8.1	¿En qué oficina presentó la solicitud de **autorización**?:	**a)** Municipalidad - OMAPED ( ) **b)** Sede central del Programa CONTIGO - Lima ( ) **c)** Otro_____			NS/NR	
8.2	¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?		SI	NO	NS/NR	
	a) Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó:	**a)** de 1 a 10 soles ( ) **b)** de 11 a 20 ( ) **c)** de 21 a 50 soles ( ) **d)** de 51 soles a más ( )				
8.3	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?		SI	NO	NS/NR	
8.4	¿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	
8.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se enteró de la autorización del Programa?	_____años/ _____meses/			NS/NR	NA
8.6	¿Actualmente, está vigente la autorización para el cobro de la pensión del Usuario?		SI	NO	NS/NR	

C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA)

9	¿Actualmente se cobra la pensión del Usuario?		X	NO		
9.1	¿Quién cobra la pensión del Usuario?	**a)** Usuario (X) **b)** Persona autorizada para cobrar ( ) **c)** Persona con autorización en trámite ( ) **d)** Persona que cobra, pero sin autorización ( )				
	(Advertencia: Si el usuario es quien cobra la pensión, pase a la pregunta 10 y siguientes)					

9.2	N° DNI de la persona que cobra por el usuario:	9.3	Apellidos y nombres de la persona que cobra por el usuario:
9.4	Fecha de nacimiento de la persona que cobra por el usuario :	9.5	Edad de la persona que cobra por el usuario:
9.6	Sexo de la persona que cobra por el usuario:	9.7	Teléfono/celular de la persona que cobra por el usuario:
9.8	Reside en la misma vivienda con el Usuario? SI ( ) NO ( )	9.9	Relación de parentesco con el Usuario: Madre ( ) Padre ( ) Otro:_____

10	¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al **bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020)** (S/. 300)	X	NO	NS/NR	
10.1	*De marcar NO precise* ¿Por qué no se cobró la pensión?				
11	¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al **bimestre setiembre-octubre (Padrón V-2020)** (S/. 300)	X	NO	NS/NR	
11.1	*De marcar NO precise* ¿Por qué no se cobró la pensión?				
12	¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al **bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020)** (S/. 300)	X	NO	NS/NR	

C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)

13	¿Usted ha tenido dificultades para cobrar la pensión del Usuario?	SI	X	NS/NR	
	(De marcar NO Pase a la Pregunta 14 y siguientes)					
13.1	¿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)	Dificil acceso al banco/cajero	( )
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 DEL BANCO DE LA NACIÓN /AGENTE BANCARIO EN EL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2020 (Padrón VI-2020)

14	¿Le pagaron completo el monto de la pensión del Usuario en el Banco /Agente?	X	NO	NS/NR	NA
15	¿Le brindan atención preferente en el Banco/Agente?	X	NO	NS/NR	NA
16	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? *(tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)*	X	NO	NS/NR	NA
17	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?: **a)** Muy mala ( ) **b)** Mala ( ) **c)** Regular (X) **d)** Buena ( ) **e)** Muy Buena ( )			NS/NR	NA

C.3. UBICACIÓN Y COSTO PARA IR A COBRAR LA PENSIÓN AL BANCO DE LA NACIÓN/AGENTE BANCARIO/CAJERO (Correspondiente al VI PADRON-2020)

18	¿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)** Otros: especifique : **MOTOCARRO**			NS/NR	NA
19	¿Cuánto tiempo demora en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	___ días / ___ horas / **30** minutos			NS/NR	NA
20	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?	**a)** de 1 a 20 soles (X) **b)** de 21 a 50 ( ) **c)** de 51 a 100 ( ) **d)** de 101 soles a más ( )			NS/NR	NA
21	¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde cobra la pensión del Usuario?	X	NO	NS/NR	NA

IV. PROCESO: GESTION DEL ACOMPANAMIENTO

D. SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL

22	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?	X	NO	NS/NR	
23	En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?	X	NO	NS/NR	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

E. SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA

24	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	SI	X	NS/NR	
25	**OBSERVACIONES**				
26	**RECOMENDACIONES**				

DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	LOICID LÓPEZ GONZALES	**Nombres y Apellidos:**	DARWIN GAVIRIA GARCIA
DNI:	44597015	**DNI:**	40680530
Cargo:	Presidente(a)	**Cargo:**	RC
Correo electrónico:	_	**Correo electrónico:**	loreto.1rctvc@gmail.com
Teléfono:	979748628	**Teléfono:**	994423605