

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lambayeque, 22 de abril de 2022

OFICIO N°011-2022-CTVC/LAMBAYEQUE

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 Doce (12) CASO

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° 0026-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0027-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0028-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0029-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0030-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0031-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0032-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0033-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0034-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0035-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0036-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0037-2022-CTVC/LAM

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

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

Calle Los Tulipanes N° 407, Urb. Los Parques – Chiclayo

Celular: 942157996

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / lambayeque.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589		CASO		N°0034-2022-CTVC/LAM	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 22/03/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		MIGDALIA YAQUELINA MALCA ZAMUDIO		3. NÚMERO-DNI: 44273123	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA REQUE		5. CARGO: VOCAL-CLTVC	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 22/03/2022	
7. DEPARTAMENTO:		LAMBAYEQUE		8. PROVINCIA: CHICLAYO	
9. DISTRITO:		REQUE		10. CCPP/DIRECCIÓN: REQUE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO		12. ¿Dónde SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 17595364-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 1 puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Con fecha 22/03/2022, durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica con el Equipo Técnico Regional-CTVC Lambayeque, y la Sra. Migdalia Yaquelina Malca Zamudio, vocal del comité local de Reque, se entrevistó a la Sra. MARIA SANTOS CRUZ TORRES, con DNI N°28111387, persona autorizada para cobrar la pensión del usuario, JOSE PABLO CRUZ CRUZ, registrándose en la ficha **V-017-2022-LAM-D**, el punto crítico descrito a continuación:

1.- PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS: Mediante una llamada telefónica con la Sra. María Santos Cruz Torres con DNI N°28111387, madre y responsable del usuario, José Pablo Cruz Cruz con DNI N°17595364, manifiesta que NO recibió llamadas por parte del personal de OMAPED de la Municipalidad de Reque y/o del personal del Programa CONTIGO; manifestó que NO se comunicaron y/o visitaron su domicilio para realizar el seguimiento del cobro de la pensión no contributiva. Lo descrito estaría contraviniendo lo dispuesto en la RDE N°091-2020-MIDIS-PNPDS-DE en el siguiente numeral: 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 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"

Así mismo la Sra. María Santos, madre del usuario también señala NO haber recibido a través de llamadas y/o visitas domiciliarios servicios complementarios orientados en la salud y/o mejorar el bienestar del usuario, por parte del personal del área de OMAPED de la Municipalidad de Reque y/o del personal del Programa CONTIGO. Agregando que bajo la gestión del proceso de Acompañamiento del Programa es una de las estrategias establecidas. Esta situación ha vulnerado lo dispuesto en la RDE N°091-2020-MIDIS-PNPDS-DE en el siguiente numeral: 4.1. "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.” VER ANEXO 001.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se solicita que se pueda verificar el caso, así mismo se nos pueda informar las acciones adoptadas para su solución y/o corrección
2. Fortalecer el acompañamiento a la usuaria para el cobro de la pensión, y a su vez brindarle la información correspondiente para una mejora en su calidad de vida.

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

- 1.- Anexos 001: **V-017-2022-LAM-D** (01 folios)



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

ANEXO 001

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE					
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO					
Teléfono Regional:		FICHA DE ENTREVISTA			
Teléfono Nacional:		USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO			
		CODIGO N° V-017-2022-LAM-D			
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	22/03/2022	2	HORA INICIAL de la entrevista:	05:55
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) Septiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre					
DATOS GENERALES DEL USUARIO/A: 3 N° DNI del Usuario: 17993364 4 Apellidos y nombres del Usuario: CRUZ CRUZ JOSE PABLO 5 DEPARTAMENTO: LAMBAYEQUE 6 PROVINCIA: CHICLAYO 7 DISTRITO: SEQUE 8 CDP/Barrío/Dirección del Usuario: SEQUE 9 Fecha de nacimiento del Usuario: 26/06/1967 10 Condición de edad del Usuario: (a) Mayor de edad (b) Menor de edad 11 Sexo del Usuario: (a) Femenino (b) Masculino 12 Telefonocelular del Usuario: 985434923 13 Nivel de instrucción del Usuario: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica superior (f) Técnico (g) Superior 14 Idioma predominante del Usuario: (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro					
DATOS GENERALES DEL INFORMANTE: 15 ¿Quién es el Informante? (a) El Usuario (b) Persona autorizada para cobrar 16 N° DNI del Informante: 25111387 17 Apellidos y nombres del Informante: CRUZ TORRES MARIA SANTOS 18 Sexo del Informante: (a) Femenino (b) Masculino 19 Telefonocelular del Informante: 985434923 20 Puesto en la misma entidad que el Usuario? (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					
SE INICIA EL PROCESO DE 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? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) 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 23.2 ¿El personal que recibió su solicitud de afiliación, lo atendió en el idioma que usted usa? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 23.3 ¿Cómo calificó la atención recibida por el personal que recibió su solicitud de afiliación? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena 23.4 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa? (a) Menos de una semana (b) Entre una y dos semanas (c) Entre tres y cuatro semanas (d) Más de cuatro semanas 24 ¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 25 ¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 26 ¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 27 ¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Percepción 65? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA					
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN 28 ¿Quién le entregó la autorización para cobrar la Pensión Contigo? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 29 y siguientes 29 ¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización? (a) Municipalidad-OMAPED (b) Sede del Programa CONTIGO-Lima (c) Otro 29.1 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue autorizado para cobrar? (a) 1 a 10 días (b) 11 a 20 días (c) 21 a 30 días (d) 31 días o más 29.2 ¿El personal de esta oficina lo atendió en el idioma que usted usa? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 29.3 ¿Cómo calificó la atención recibida por el personal de esta oficina? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena 29.4 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue autorizado para cobrar? (a) Menos de una semana (b) Entre una y dos semanas (c) Entre tres y cuatro semanas (d) Más de cuatro semanas					
C. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA 30 ¿Quién se encargó 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 30.1 De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 31 y siguientes 31 ¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 32 y siguientes 31.1 ¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario? (a) El OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa (b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro (c) Bancos/agencia NO tiene acceso expedito para personas con discapacidad (d) Bancos/agencia cerradísimo al cliente (e) No abren la cuenta del usuario (f) Requieren la cuenta del usuario (g) Pérdida de tarjeta del usuario (h) Otro					
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? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 33 ¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 34 ¿El Banco/Agente está adecuadamente para atender a personas con discapacidad? (dime: cómodo con barandas, ventanillas accesibles) (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 35 ¿Cómo calificó 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) Bici (d) Pequeño vehículo (e) Otro 37 ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) Menos de 15 minutos (b) Entre 15 y 30 minutos (c) Entre 30 y 45 minutos (d) Más de 45 minutos 38 ¿Cuánto dinero gastó para llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) Menos de 10 soles (b) Entre 10 y 20 soles (c) Entre 20 y 50 soles (d) Entre 50 y 100 soles (e) Más de 100 soles 39 ¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde se cobra la pensión del Usuario? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA					
IV. PROCESO DE GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO A. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE USUARIO (Para Usuarios mayores de 18 años que expresan voluntad) 40 ¿El Usuario Cuenta con un Plan de Inclusión Familiar? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 41 ¿El Programa le brinda información acerca de sus derechos? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 42 ¿El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 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? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 44 ¿El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 45 ¿El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 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? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 47 ¿En los 6 últimos meses, el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 48 ¿Cómo considera que lo trata en su casa? (a) Muy mal (b) Mal (c) Regular (d) Bien (e) Muy Bien 49 ¿En caso de marcar muy mal, mal, regular, mencione por qué? (a) Agua (b) Desagüe (c) Energía eléctrica (d) Cable (e) Internet 50 ¿Con qué servicio cuenta su casa? (a) Agua (b) Desagüe (c) Energía eléctrica (d) Cable (e) Internet					
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO 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? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 51 ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 52 ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 53 ¿Le pidió que abstenga alguna reunión o reunión de algún candidato? (a) SI (b) NO (c) NS/NR (d) NA 54 OBSERVACIONES (o dificultades) 55 RECOMENDACIONES 56 FECHA FINAL de la entrevista: 22/03/2022 57 HORA FINAL de la entrevista: 06:10					

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE					
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO					
Teléfono Regional:		FICHA DE ENTREVISTA			
Teléfono Nacional:		USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO			
		CODIGO N° V-017-2022-LAM-D			
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	22/03/2022	2	HORA INICIAL de la entrevista:	05:55
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.					
DATOS DEL VEDOR-MEMBRO 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: MIGUALIA YAGUELINE MALCA ZAMUDIO DNI: 44903359 Cargo: SECRETARÍA Correo electrónico: yagueline.malca@pau.org.pe Teléfono: 954881595					
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: FIORELA L. JIMENEZ DNI: 44903359 Cargo: RESPONSABLE DE CAMPO Correo electrónico: flore.l.jimenez@pau.org.pe Teléfono: 938613504					