

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL PUNO**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Puno, 05 de mayo de 2022

**OFICIO N° 0047-2022-CTVC/PUNO**

Señora

**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 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 (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<sup>1</sup>:

- |                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| * CASO N° 0035-2022-CTVC/PUN | * CASO N° 0040-2022-CTVC/PUN |
| * CASO N° 0036-2022-CTVC/PUN | * CASO N° 0041-2022-CTVC/PUN |
| * CASO N° 0037-2022-CTVC/PUN | * CASO N° 0042-2022-CTVC/PUN |
| * CASO N° 0038-2022-CTVC/PUN | * CASO N° 0043-2022-CTVC/PUN |
| * CASO N° 0039-2022-CTVC/PUN | * CASO N° 0044-2022-CTVC/PUN |

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito se sirva comunicar los resultados de los mismos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

  
 Ulises Salvador Valderrama Pacheco  
 Responsable Regional  
 DNI: 01284486



<sup>1</sup> 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 de Puno: 942160434  
Teléfono Nacional: 945095602

## CASO

N° 0038-2022-CTVC/PUN

|                                                                                      |                                                |                                                        |                         |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|----------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     | CONTIGO                                        |                                                        | 1. FECHA DE REGISTRO:   | 01/03/2022           |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |                                                |                                                        |                         |                      |
| 2. APELLIDOS Y NOMBRES:                                                              | ESPILLICO CHAGUA MARIBEL VANESA                |                                                        | 3. NUMERO-DNI:          | 70098334             |
| 4. ORGANIZACION/INSTITUCION:                                                         | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA |                                                        | 5. CARGO:               | RESPONSABLE DE CAMPO |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |                                                |                                                        | 6. FECHA DE OCURRENCIA: | 01/03/2022           |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     | PUNO                                           | 8. PROVINCIA:                                          | CHUCUITO                |                      |
| 9. DISTRITO:                                                                         | POMATA                                         | 10. CCPP/DIRECCION:                                    | CP HUAPACA SANTIAGO     |                      |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURIA:                                           | GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO                     | 12. ¿DONDE SE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCION? | 60173390-USUARIO        |                      |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           | 01                                             | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRITICOS:                       | 1                       |                      |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |                                                |                                                        |                         |                      |

El día 01/03/2022, en las acciones de vigilancia realizadas por el Equipo Técnico a la prestación de servicios del programa Contigo; se comunicó mediante llamada telefónica con el Sr. Juan Carlos Castillo Choque, padre del usuario y persona autorizada para el cobro identificado con DNI N° 44294763, en el distrito de Pomata, provincia de Chucuito, evidenciando el siguiente punto crítico:

**1. PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS:**

Durante la entrevista realizada con el padre del usuario Sr. Juan Carlos Castillo Choque manifestó que durante los últimos 04 meses ningún personal de la OMAPEP y/o programa Contigo se ha comunicado con él para verificar el cobro de la pensión destinada para su hijo, para orientar o brindar información sobre el proceso del cobro de la pensión no contributiva que ofrece el programa. Así mismo el Sr. Juan Carlos manifiesta que para enterarse respecto al cobro consulta a los usuarios del programa Juntos.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

- Exhortamos al programa el cumplimiento de los procedimientos establecidos a través de las diferentes normativas emitidas, sobre el cumplimiento RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE que aprueba la Directiva N° 08-2020-MIDIS/PNPDS-DE. 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).
- Articular con el gobierno local del distrito para que su Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad (OMAPED), apoye la atención de los usuarios del Programa Contigo, en el marco de las formas de atención que tiene el programa cuando no tiene personal facilitador o personal de campo en un determinado distrito.
- Así mismo, se solicita que nos comunique oportunamente sobre las acciones correctivas implementadas precisando la solución del presente caso.

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

1. Ficha de Entrevista: V-042-2022-PUN-D (02 folios).

  
Maribel Vanesa Espillico Chagua  
Responsable de Campo



| COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------|--|
| SEDE REGIONAL PUNO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                         |  |                          |  |
| VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA Y GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
| Teléfono Regional: 94299434                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Teléfono Nacional: 94599562                                             |  | USUARIO-PROGRAMA CONTIGO |  |
| CÓDIGO N° V-042-2022-PUN-D                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA                                    |  |                          |  |
| 1. FECHA INICIAL de la entrevista: 01.03.22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | 2. HORA INICIAL de la entrevista: 15.08                                 |  |                          |  |
| <b>NOTA IMPORTANTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |  |                          |  |
| A) La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera escrita en el siguiente orden:<br>(i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).<br>(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 (autorizada mediante resolución del programa Contigo).<br>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.<br>C) PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VOTA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Septiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                         |  |                          |  |
| 1. INP DNI del Usuario: 6014 3390                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 4. Apellidos y nombres del Usuario: Castillo Apaza Juan Rivaldo         |  |                          |  |
| 2. DEPARTAMENTO: Puno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | 5. PROVINCIA: Chucuito                                                  |  |                          |  |
| 3. DISTRITO: Puno                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | 6. CDP/Barrio/Sección del Usuario: Com. Huapaca Santiago                |  |                          |  |
| 7. Fecha de nacimiento del Usuario: 05.12.2006                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 10. Condición de edad del Usuario: (a) Mayor de edad (b) Menor de edad  |  |                          |  |
| 8. Sexo del Usuario: (a) Femenino (b) Masculino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | 11. Teléfono celular del Usuario: 910 394 235                           |  |                          |  |
| 9. Nivel de instrucción del Usuario: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Bachillerato (f) Técnico (g) Superior                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                         |  |                          |  |
| 12. Idioma predominante del Usuario: (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Wanka (f) Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| 13. ¿Quién es el informante? (a) El Usuario (b) Persona autorizada para cobrar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
| 14. Si el informante es el propio USUARIO, pasa a la pregunta 23 y siguientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                         |  |                          |  |
| 15. INP DNI del informante: 44 94 44 63                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  | 17. Apellidos y nombres del informante: Castillo Chiquiza Juan Carlos   |  |                          |  |
| 16. Sexo del informante: (a) Femenino (b) Masculino                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | 18. Teléfono celular del informante: 910 394 235                        |  |                          |  |
| 19. ¿Reside en la misma vivienda con el usuario? (a) Si (b) No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | 20. Relación de parentesco con el Usuario: (a) Madre (b) Padre (c) Otro |  |                          |  |
| 21. Idioma predominante del informante: (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Wanka (f) Otro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>III. PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |  |                          |  |
| 22. ¿El centro de afiliación al programa Contigo fue gratuito? (a) Si (b) No (c) NS/R (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 o más (e) NS/R (f) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                          |  |
| 23.2. ¿El personal que recibió la solicitud de afiliación lo atendió en el idioma que usted usó? (a) Si (b) No (c) NS/R (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 (f) NS/R (g) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                          |  |
| 23.4. ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se afilió al Programa? (a) Menos de 1 mes (b) 1 a 3 meses (c) 3 a 6 meses (d) 6 meses o más (e) NS/R (f) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                         |  |                          |  |
| 24. ¿Actualmente tiene un Certificado de Discapacidad Severa? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                          |  |
| 25. ¿Actualmente recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                          |  |
| 26. ¿Actualmente tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                         |  |                          |  |
| 27. ¿Actualmente también es beneficiario del Programa Puntos 50? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACION DEL COBRO DE LA PENSION</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28. ¿Señaló la autorización con el nombre de la persona al Programa Contigo? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| De marcar NO, NS/R, NA Pasa a la Pregunta 29 y siguientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.1. ¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización? (a) Municipalidad OMAPEC (b) Sede del Programa CONTIGO (c) Otro (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.2. ¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.3. 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 o más (e) NS/R (f) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.4. ¿El personal de esta oficina lo atendió en el idioma que usted usó? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.5. ¿Cómo calificó la atención recibida por el personal de esta oficina? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena (f) NS/R (g) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                         |  |                          |  |
| 28.6. ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se emitió la autorización del Programa? (a) Menos de 1 mes (b) 1 a 3 meses (c) 3 a 6 meses (d) 6 meses o más (e) NS/R (f) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |  |                          |  |
| 29. ¿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. ¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                         |  |                          |  |
| 30.1. De marcar NO, NS/R, NA ¿por qué no se cobró la pensión? (a) No he tenido tiempo (b) Otro (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                         |  |                          |  |
| 31. ¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| De marcar NO, NS/R, NA Pasa a la Pregunta 32 y siguientes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                          |  |
| 31.1. ¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario? (a) La OMAPEC no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa (b) El Programa Contigo no envió la solicitud de autorización de cobro (c) Bancos no le han dado acceso efectivo para personas con discapacidad (d) Bancos no le han dado acceso efectivo para personas con discapacidad (e) No abrieron la cuenta del usuario (f) Bancos no le han dado acceso efectivo para personas con discapacidad (g) Puntos de retiro del usuario (h) Otros (i) Ninguna (j) Otro                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>C.2. ATENCION EN EL BANCO DE LA NACION (AGENTE BANCARIO/ETV)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |  |                          |  |
| 32. ¿Le explicaron claramente el monto de la pensión en el Banco/Agente? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                         |  |                          |  |
| 33. ¿La impresión de la información acerca de sus derechos? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                         |  |                          |  |
| 34. ¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene sillas con banderas, ventanillas especiales) (a) Si (b) No (c) NS/R (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 (f) NS/R (g) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>C.3. MEDIO DE TRANSPORTE, TIEMPO Y COSTO PARA IR A COBRAR AL PUNTO DE PAGO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                          |  |
| 36. ¿Usó medio propio para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) Camioneta (b) Transporte público (c) Bici (d) Pateo-pateo (e) Chaleco (f) Otro (g) NS/R (h) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                         |  |                          |  |
| 37. ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) 15 minutos (b) 16 a 30 minutos (c) 31 a 45 minutos (d) 46 a 60 minutos (e) 61 minutos o más (f) NS/R (g) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                         |  |                          |  |
| 38. ¿Cuánto dinero pagó para llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) 0 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 a 100 soles (e) 101 soles o más (f) NS/R (g) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                         |  |                          |  |
| 39. ¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>IV. PROCESO DE GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>A. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE USUARIO (Para Usuarios mayores de 18 años que expresen voluntad)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                         |  |                          |  |
| 40. El Usuario Cuenta con un Plan de Inclusión Familiar (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                         |  |                          |  |
| 41. El Programa le brinda información acerca de sus derechos (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                         |  |                          |  |
| 42. El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>B. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresen voluntad)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                         |  |                          |  |
| 43. El Usuario Cuenta con un Plan de Inclusión Familiar (a) Si (b) No (c) NS/R (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/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                         |  |                          |  |
| 45. El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                          |  |
| <b>SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO PRESENCIAL</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                         |  |                          |  |
| 46. En los 4 últimos meses, ¿el personal de OMAPEC o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                         |  |                          |  |
| 47. En los 6 últimos meses, ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado? (a) Si (b) No (c) NS/R (d) NA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                         |  |                          |  |
| 48. ¿Cómo considera que lo están en su caso? (a) Muy mal (b) Mal (c) Regular (d) Bien (e) Muy Bien                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                         |  |                          |  |
| 48.1. ¿Es caso de marcar muy mal, mal, regular, mejor o muy bien?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                         |  |                          |  |

## COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PUNO

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

|                   |           |                            |                            |
|-------------------|-----------|----------------------------|----------------------------|
| Teléfono Regional | 942163434 | USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO | CODIGO N° V-042-2022-PUN-D |
| Teléfono Nacional | 945935632 |                            |                            |

|                                   |          |                                  |       |
|-----------------------------------|----------|----------------------------------|-------|
| 1. FECHA INICIAL de la entrevista | 01/03/22 | 2. HORA INICIAL de la entrevista | 15:00 |
|-----------------------------------|----------|----------------------------------|-------|

## 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 puede 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 llenarse y considerarse como si se aplicara al mismo usuario.

|                                                                                                            |                                          |                              |                                                       |                                |                                   |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 49. ¿Con qué servicios cuenta su casa? (talar donde permanece el usuario). Puede marcar más de una opción. | <input checked="" type="checkbox"/> Agua | <input type="checkbox"/> Gas | <input checked="" type="checkbox"/> Energía eléctrica | <input type="checkbox"/> Cable | <input type="checkbox"/> Internet |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|

## V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo/MAPEO MUNICIPALIDAD

|                                                                                                 |    |    |       |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|-------|
| 50. ¿Le pidió dinero, regalos o favores o cambio de actitud algún funcionario ante el programa? | SI | NO | NS/NR |
| 51. ¿Usó cobramiento al Programa para favorecer a 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 ayude alguna reunión o mitin de algún candidato?                              | SI | NO | NS/NR |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 54. OBSERVACIONES (o dificultades) |  |
|------------------------------------|--|

|                     |  |
|---------------------|--|
| 55. RECOMENDACIONES |  |
|---------------------|--|

|                                  |          |                                 |       |
|----------------------------------|----------|---------------------------------|-------|
| 56. FECHA FINAL de la entrevista | 01/03/22 | 57. HORA FINAL de la entrevista | 15:24 |
|----------------------------------|----------|---------------------------------|-------|

|                                     |                                               |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|
| DATOS DEL REEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL |
|-------------------------------------|-----------------------------------------------|

|                                                          |                                                    |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA |
|----------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|

|                                                                          |                                                               |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
| QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN | QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |
|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|

|                    |                         |                    |                         |
|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|
| Nombre y Apellidos | Varona Espillaco Chayua | Nombre y Apellidos | Varona Espillaco Chayua |
|--------------------|-------------------------|--------------------|-------------------------|

|     |          |     |          |
|-----|----------|-----|----------|
| DNI | 75098334 | DNI | 75098334 |
|-----|----------|-----|----------|

|       |    |       |    |
|-------|----|-------|----|
| Cargo | RC | Cargo | RC |
|-------|----|-------|----|

|                    |                          |                    |                          |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|
| Correo electrónico | puno.2ctvcpesv@gmail.com | Correo electrónico | puno.2ctvcpesv@gmail.com |
|--------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|

|          |              |          |              |
|----------|--------------|----------|--------------|
| Teléfono | 942 15 39 45 | Teléfono | 942 15 39 45 |
|----------|--------------|----------|--------------|