Pucallpa, 27 de abril del 2022

OFICIO Nº011-2022-CTVC/UCAYALI

Señora:
Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Veintidós (22) 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 el siguiente CASO[1]:

- CASO N° 029-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 030-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 031-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 032-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 033-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 034-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 035-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 036-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 037-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 038-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 039-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 040-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 041-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 042-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 043-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 044-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 045-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 046-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 047-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 048-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 049-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 050-2022-CTVC/UCA

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.

[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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

_____
JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléf. de Ucayali 984063619 Teléf. Nacional: 984056206	**CASO**	**N° 039-2022-CTVC/UCA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**25/04/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROMERO GOPIA CARLOS ALBERTO	**3. NÚMERO-DNI:**	80536401
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DISTRITO RAYMONDI	**5. CARGO:**	SECRETARIO

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**04/03/2022**
7. DEPARTAMENTO:	UCAYALI	**8. PROVINCIA:**	ATALAYA
9. DISTRITO:	RAYMONDI	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	JR LAS MOENAS S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	**GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO**	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	**79172498-USUARIO**
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de servicios del Programa Contigo, la vicepresidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Raymondi, Sr. Carlos Alberto Romero Gopia, ha realizado una acción de vigilancia, registrada en Ficha de Vigilancia V-019-2022-UCA-D, registrándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO REALIZA SEGUIMIENTO A USUARIOS PARA VERIFICAR ELCOBRO DE SU PENSIÓN:** Durante la entrevista la Sra. Salazar Sierra Rosa Elvira, persona autorizada para cobrar y madre del usuario, manifiesta que hace más de cuatro meses el personal de OMAPED y del Programa no se ha comunicado con su persona para verificar el cobro de la pensión del usuario ni hacerle ningún seguimiento. Esta situación no cumple con lo señalado en las normas de Gestión del Acompañamiento y Articulación del programa, señaladas en la RDE-091-2020-MIDISPNPDS-DE-Directiva 8 "Gestión de Acompañamiento y Articulación" en el punto 5.2 que hace mención al acompañamiento al cobro: "Conjunto de acciones destinadas a asistir al usuario/a y/o su autorizado/a para ejercer el derecho al cobro de la pensión no contributiva, brindándoles información sobre los procedimientos del Programa y orientándolos para acceder a los canales de atención bancaria (Oficinas, cajeros automáticos, agentes corresponsables, Banca Móvil, entre otros)".

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

De lo indicado, sugerimos al Programa CONTIGO lo siguiente:

- El programa Contigo debe garantizar el cumplimiento de la RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE Plan "Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación" que mediante su estrategia de intervención acompañe a los usuarios/as.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

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

- Ficha de veeduría N° 019-2022-UCA-C (1 folio).

……

JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional

ANEXO N°001

Copia Ficha de verificación N° 019-2022-UCA-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL UCAYALI

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

Teléfono Regional:	984063619	**FICHA DE ENTREVISTA**	**CODIGO N° V-019-2022-UCA-D**
Teléfono Nacional:	984056206	**USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO**	

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

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	4/03/2022	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	11:11

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 como si fuera el mismo usuario.

C) PRECISE EL PERIODO DE PAGO QUE SE VIGILA: ***(a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre***

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:

3	**N° DNI del Usuario:**	79172498	4	**Apellidos y nombres del Usuario:**	**RIOS SALAZAR NOEMI ROSAVICK**
5	**DEPARTAMENTO:**	UCAYALI	6	**PROVINCIA:**	ATALAYA
7	**DISTRITO:**	RAYMONDI	8	**CCPP/Barrio/Dirección del Usuario :**	JR LAS MOENAS S/N
9	**Fecha de nacimiento del Usuario:**	23/06/2015	10	**Condición de edad del Usuario**	**(a)** Mayor de edad **(b)** Menor de edad
11	**Sexo del Usuario:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	12	**Teléfono/celular del Usuario:**	921407174
13	**Nivel de instrucción del Usuario:**	**(a)** Sin nivel **(b)** Inicial **(c)** Primaria **(d)** Secundaria **(e)** Básica especial **(f)** Técnico **(g)** Superior			
14	**Idioma predominante del Usuario:**	**(a)** Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

15	¿Quién es el Informante?	**(a)** El Usuario **(b)** Persona autorizada para cobrar			
	Si el Informante es el propio USUARIO, pase a la pregunta 23 y siguientes				
16	**N° DNI del Informante:**	75776130	17	**Apellidos y nombres del Informante:**	**SALAZAR SIERRA ROSA ELVIRA**
18	**Sexo del Informante:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	19	**Teléfono/celular del Informante:**	921407174
20	**Reside en la misma vivienda con el Usuario/a?**	**(a)** SI **(b)** NO	21	**Relación de parentesco con el Usuario/a:**	**(a)** Madre **(b)** Padre **(c)** Otro: _____
22	**Idioma predominante del Informante:**	**(a)** Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

III. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

23	¿El trámite de afiliación al programa Contigo fue gratuito?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
23.1	Si la respuesta es "**NO**", diga cuánto pagó:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más			**NS/NR**	**NA**
23.2	¿El personal que recibió su solicitud de afiliación, lo atendió en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
23.3	¿Cómo califica la atención recibida por el personal que recibió su solicitud de afiliación?	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**	**NA**
23.4	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?	1años/ 0meses/			**NS/NR**	**NA**
24	¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?	LA MAMA VA A IR AL CENTRO DE SALUD PARA GESTIONAR EL CERTIFICADO	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
25	¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
26	¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
27	¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	

B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN

28	¿Solicitó la **autorización** para el cobro de la pensión al Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
	De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 29 y siguientes					
28.1	¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización?:	**(a)** Municipalidad-OMAPED **(b)** Sede del Programa CONTIGO-Lima **(c)** Otro_____				**NA**
28.2	¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
	Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más				
28.3	¿El personal de esta oficina lo atendió en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	**NA**
28.4	¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**	**NA**
28.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?	años/ 1meses/			**NS/NR**	**NA**

C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

29	¿Quién se encarga de cobrar la pensión? **(a)** El Usuario **(b)** Persona autorizada para cobrar **(c)** Persona con autorización en trámite **(d)** Persona que cobra, pero sin autorización **(e)** Otro: _____					
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?		**SI**	**NO**	**NS/NR**	
30.1	*De marcar **NO** precise* ¿Por qué no se cobró la pensión?:					

	C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN					
31	¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?	SI	**NO**	NS/NR		
	De marcar NO Pase a la Pregunta 32 y siguientes					
31.1	¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario? ***Puede marcar más de una opción:***	(a) La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa				
		(b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro				
		(c) Banco/cajero NO tiene acceso expedito para personas con discapacidad				
		(d) Banco/cajero cerrado/no atiende				
		(e) No abonaron la cuenta del usuario				
		(f) Bloquearon la cuenta del usuario				
		(g) Pérdida de tarjeta del usuario				
		(h) Otros Precise: _____				
	C.2. ATENCIÓN EN EL BANCO DE LA NACIÓN /AGENTE BANCARIO/ETV					
32	¿Le pagaron completo el monto de la pensión en el Banco/Agente?	**SI**	NO	NS/NR	NA	
33	¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?	**SI**	NO	NS/NR	NA	
34	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? *(tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)*	**SI**	NO	NS/NR	NA	
35	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?: (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular **(d)** Buena (e) Muy Buena			NS/NR	NA	
	C.3. MEDIO DE TRANSPORTE, TIEMPO Y COSTO PARA IR A COBRAR AL PUNTO DE PAGO					
36	¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario? (a) Caminando **(b)** Transporte público (c) Bote/ Peque-peque/ Chalupa (d) Acémila (e) Otro: especifique _____			NS/NR	NA	
37	¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ___ días ____ horas 10 minutos			NS/NR	NA	
38	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario? **(a)** de 1 a 20 soles (b) 21 a 50 soles (c) 51 a 100 soles (d) de 101 soles a más (e) Nada			NS/NR	NA	
39	¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde se cobra la pensión del Usuario?	**SI**	NO	NS/NR	NA	
IV. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO						
A.	**ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE USUARIO/A (Para Usuarios/as mayores de 18 años que expresan voluntad)**					
40	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI	NO	NS/NR		
41	El Programa le brinda información acerca de sus derechos	SI	NO	NS/NR		
42	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	SI	NO	NS/NR		
B.	**ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresan voluntad)**					
43	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI	NO	**NS/NR**		
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;	**SI**	NO	NS/NR		
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad	SI	NO	**NS/NR**		
	SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL					
46	En los 4 ùltimos meses ¿el personal de OMAPED o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?	SI	**NO**	NS/NR		
47	En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?	SI	**NO**	NS/NR		
48	¿Como considera que lo tratan en su casa? (a) Muy mal (b) Mal (c) Regular **(d)** Bien (e) Muy Bien					
48.1	En caso de marcar **muy mal**, **mal**, **regular**, mencione por qué:					
49	¿Con que servicios cuenta su casa? (lugar donde permanece el usuario) Puede marcar más de una opción **(a)** Agua **(b)** Desagüe **(c)** Energía eléctrica (d) Cable (e) Internet					
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD						
	SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA					
50	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	SI	**NO**	NS/NR		
51	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	SI	**NO**	NS/NR		
52	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	**NO**	NS/NR		
53	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	**NO**	NS/NR		
54	**OBSERVACIONES (o dificultades)**					
55	**RECOMENDACIONES**					
56	**FECHA FINAL de la entrevista:** 4/03/2022	57	**HORA FINAL de la entrevista:** 11:27			

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN		**DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:	CARLOS ALBERTO ROMERO GOPIA	**Nombres y Apellidos:**	ERICK DEL AGUILA CALDERÓN
DNI:	80536401	**DNI:**	42920162
Cargo:	SECRETARIO CLTVC DISTRITO RAYMONDI	**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ucayali.1rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	961593605	**Teléfono:**	912541274