Huancayo, 12 abril de 2022.

OFICIO N° 039-2022-CTVC/JUNÍN

Señor(a)
Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Director Ejecutivo del Programa Nacional del proceso de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO.

Junín.-

Asunto: Se ALERTA Once (11) CASO(S).

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)[1]:

- CASO N° 045-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 046-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 047-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 048-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 049-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 050-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 051-2022-CTVC/JUN.

CASO N° 052-2022-CTVC/JUN.
CASO N° 053-2022-CTVC/JUN.
CASO N° 054-2022-CTVC/JUN.
CASO N° 055-2022-CTVC/JUN.
CASO N° 056-2022-CTVC/JUN.
CASO N° 057-2022-CTVC/JUN.

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,

Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Equipo Tecnico
Unidad Territorial
Junin

[1] Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le hacomunicado - por escrito -, manifestando:
1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: FUNDADO o INFUNDADO.
2) Si el CASO es FUNDADO, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición yproceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO PARCIALMENTE RESUELTO.

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 Junín: (#)942161273 Teléfono Nacional: (#)942160416	**CASO**	**N° 051–2022-CTVC/JUN**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**03/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**COORDOVA EGUIA YISELA**	**3. NÚMERO-DNI:**	70039820
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-LEONOR ORDOÑEZ	**5. CARGO:**	VICEPRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**03/03/2022**
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	**8. PROVINCIA:**	JAUJA
9. DISTRITO:	LEONOR ORDOÑEZ	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	JR SAN MARTIN S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	72926089-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

El 03/03/2022 Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, se entrevistó a la Sra. Delia Churanpi Hinostroza, identificada con DNI N° 20678443, quien es la persona autorizada para cobrar la pensión no contributiva del usuario. Registrándose el siguiente punto crítico.

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS**. Durante la entrevista realizada a la Sra. Delia Churanpi Hinostroza abuela del usuario del Programa Contigo manifestó que, durante los últimos cuatro (4) meses el Programa Contigo o la OMAPED en articulación con el programa, **NO** se comunicaron con ella para verificar si cobró la pensión no contributiva, así mismo refiere que nadie le comunica la fecha de cobro de las pensiones, por ello solo calcula la fecha de posible y pago o continuamente consulta al agente del banco de la nación si ya está depositado la pensión en su cuenta, lo cual le causa malestar el no saber con exactitud la fecha de pago, y por ser una persona de la tercera edad no tiene destreza para manejar la página web del programa; por ello solicita que la OMAPED de su distrito comunique por medio de llamadas, mensajes o publique el padrón de usuarios y la fecha de cobro en la municipalidad distrital.

   Cabe resaltar: que el programa Contigo cuenta con un **Facilitador Social** Profesional responsable de operativizar la estrategia de acompañamiento en el territorio que conoce la problemática y atención de las personas con discapacidad severa y promueve el ejercicio de sus derechos.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

a) Sugerimos que el programa garantice el cumplimiento **RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE**, **DIRECTIVA DE GESTION DEL ACOMPANAMIENTO Y ARTICULACION,** Directiva N° 08 - 2020 - MIDIS/PNPDS – DE. **7.2. Del proceso de Gestión del Acompañamiento;** Acompañamiento al usuario/a, acompañamiento al Hogar. Este proceso de acompañamiento promueve la valoración del rol de el/la cuidador/a. Ello se desarrolla a través de **visitas domiciliarias** que incluye sesiones informativas, sesiones prácticas, sesiones de reforzamiento y el seguimiento al Plan de Inclusión Familiar; adicionalmente se realizan **acciones de soporte remote**, a través de diversas estrategias que se implementan desde el Programa CONTIGO.
b) Sugerimos al programa garantizar el cumplimiento de la RDE N° 095-2020-MIDIS-PNPDS-DE "Plan Estamos Contigo del Acompañamiento y Articulación 2020" con la implementación efectiva hacia los usuarios para lograr un adecuado monitoreo a través de los siguientes numerales:
   7.2.2.3.1 **CONTIGO SMS** Es un servicio de envío de **mensajes de texto corto, dirigido a los usuarios/as, autorizados/as al cobro**, miembros del hogar u otro contacto telefónico

con relación al usuario/a, independientemente del operados del servicio al cual se encuentren afiliados o el tipo de dispositivo móvil que utilicen (No requiere conexión a internet ni contar con un Smartphone) **El objetivo de esta herramienta es generar un medio para el soporte a los usuarios/as y autorizados/as al cobro**, que contribuya al cobro efectivo de la pensión(...)"

c) 7.2.2.3.4 **CONTIGO TEL:** es una herramienta que está dirigida en brindar tele **acompañamiento y/o soporte remoto de manera personalizada a nuestros usuarios/as** mayores de 18 años de edad y autorizados/as al cobro de los menores de 18 años y usuarios/as mayores de 18 años que no expresan voluntad, del Programa Contigo, a fin de contribuir en el cobro efectivo de su pensión no contributiva, **brindándoles información sobre los procedimiento del programa y orientándolos para mejorar su acceso a los servicios de una entidad bancaria.** (...)"

d) Brindar supervisión y monitoreo permanente de parte el Programa que permita identificar situaciones críticas que dificulten la adecuada atención, y contribuya a mejorar la calidad de vida de los usuarios/as.

e) 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: (02)

1. Copia de la Ficha de Entrevista N° 030-2022-JUN-D (2 folio).

……
Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

Comité de Transparencia Y Vigilancia Ciudadana
Equipo Tecnico
Unidad Territorial
Junin

Leonor Huidanez

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNÍN

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

Teléfono Regional:	942161273	FICHA DE ENTREVISTA	CODIGO N° V- 30 2022-CTVC-JUN
Teléfono Nacional:	984056206	USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO	

	(X) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
1 FECHA INICIAL de la entrevista:	03 03 1221	2 HORA INICIAL de la entrevista:	9:45

NOTA IMPORTANTE:

A) *La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:*
- *i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).*
- *ii) En segunda instancia y solo cuando el usuario es menor de edad o siendo mayor de edad no pueda manifestar su voluntad, la entrevista debe ser aplicada a la persona autorizada para cobrar por el usuario (autorizado mediante resolución del programa Contigo).*

B) *En caso la ficha se aplique a la persona autorizada para cobrar, entonces la entrevista debe hacerse y comprenderse como si se aplicara al mismo usuario.*

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

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:

3 N° DNI del Usuario:	72926039	4 Apellidos y nombres del Usuario:	Yuraqui Reyes Jhon
5 DEPARTAMENTO:	JUNIN	6 PROVINCIA:	Jodjo
7 DISTRITO:	Leonor Huidanez	8 CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:	
9 Fecha de nacimiento del Usuario:	17 / 07 / 2005	10 Condición de edad del Usuario	(a) Mayor de edad (X) (b) Menor de edad
11 Sexo del Usuario:	(a) Femenino (X) Masculino	12 Teléfono/celular del Usuario:	
13 Nivel de instrucción del Usuario:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (X) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior		
14 Idioma predominante del Usuario:	(X) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:		

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

15 ¿Quién es el Informante?	(a) El Usuario (X) Persona autorizada para cobrar		
Si el Informante es el propio USUARIO, pase a la pregunta 23 y siguientes			
16 N° DNI del Informante:	70678443	17 Apellidos y nombres del Informante:	Delia Chocano Hinostroza
18 Sexo del Informante:	(X) Femenino (b) Masculino	19 Teléfono/celular del Informante:	964637033
20 Reside en la misma vivienda con el Usuario/a?	(X) SI (b) NO	21 Relación de parentesco con el Usuario/a:	(a) Madre (b) Padre (c) Otro: Abuela
22 Idioma predominante del Informante:	(X) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:		

III. PROCESO: GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

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

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

28	¿Solicitó la autorización para el cobro de la pensión al Programa Contigo?		(X) NO	NS/NR	NA
	De marcar NO, NS/NR, NA Pase a la Pregunta 29 y siguientes				
28.1	¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización?:	(X) Municipalidad-OMAPED (b) Sede del Programa CONTIGO-Lima (c) Otro			NA
28.2	¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?		(X) 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 (X) Buena (e) Muy Buena		NS/NR	NA
28.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?	/ años/ meses/		NS/NR	NA

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

29	¿Quién se encarga de cobrar la pensión?	(a) El Usuario (b) Persona autorizada para cobrar (X) Persona con autorización en trámite (d) Persona que cobra, pero sin autorización (e) Otro:	SI (X)	NS/NR
30	¿Ha cobrado la pensión correspondiente al bimestre?			
30.1	*De marcar NO precise* ¿Por qué no se cobró la pensión? → *Y Pase a la Pregunta 40 y siguientes:*	No sale que ya salió el padron.		

C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE

31	¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?		SI [ ]	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: 0		

C.2. ATENCION EN EL BANCO DE LA NACION /AGENTE BANCARIO/ETV

32	¿Le pagaron completo el monto de la pensión en el Banco/Agente?		(X) NO	NS/NR NA
33	¿Le brindaron atención preferente al usuario en el Banco/Agente?		(X) NO	NS/NR NA
34	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? *(tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)*			NS/NR NA
35	¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?:	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (X) Buena (e) Muy Buena		NS/NR NA

C.3. MEDIO DE TRANSPORTE, TIEMPO Y COSTO PARA IR A COBRAR AL PUNTO DE PAGO

36	¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario?	(a) Caminando (X) (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 30 minutos		NS/NR NA
38	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?	(a) de 1 a 20 soles (X) (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 [ ]	NS/NR NA

IV. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

A. ACOMPANAMIENTO A NIVEL DE USUARIO/A (Para Usuarios/as mayores de 18 años que expresan voluntad)

40	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI (X) NO	NS/NR
41	El Programa le brinda información acerca de sus derechos	SI (X) NO	NS/NR
42	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad		

B. ACOMPANAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresan voluntad)

43	El Usuario Cuenta con Un Plan de Inclusión Familiar.	SI (X) NO	NS/NR
44	El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad;	SI (X) NO	NS/NR
45	El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad		

SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL

46	En los 4 últimos meses ¿el personal de OMAPED o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?		SI	NO	NS/NR
47	En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado?		SI	NO	NS/NR
48	¿Como considera que lo tratan en su casa?	(a) Muy mal (b) Mal (c) Regular (d) Bien (e) Muy Bien			
48.1	En caso de marcar **muy mal, mal, regular**, mencione por qué:				
49	¿Con que servicios cuenta su casa? (lugar donde permanece el usuario) Puede marcar más de una opción	(a) Agua (b) Desagüe (c) Energía eléctrica (d) Cable (e) Internet			

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

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

50	¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	SI	NO	NS/NR
51	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	SI	NO	NS/NR
52	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	SI	NO	NS/NR
53	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	SI	NO	NS/NR

54	**OBSERVACIONES (o dificultades)**		
55	**RECOMENDACIONES**		
56	**FECHA FINAL de la entrevista:** 03/03/22	57	**HORA FINAL de la entrevista:** 10:10

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:	Yisela Coordova Eguia	**Nombres y Apellidos:**	GILMAR ALBERTO MEDRANO ECHEVARRIA
DNI:	70039820	**DNI:**	47147547
Cargo:	Vicepresidenta	**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO DEL CTVC
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	gmedranoechevarria@gmail.com
Teléfono:	931804602	**Teléfono:**	945075677