

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

Lambayeque, 22 de abril de 2022

OFICIO N°012-2022-CTVC/LAMBAYEQUE

Sra. Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Dieciséis (16) 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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0038-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0039-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0040-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0041-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0042-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0043-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0044-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0045-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0046-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0047-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0048-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0049-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0050-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0051-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0052-2022-CTVC/LAM
- CASO N° 0053-2022-CTVC/LAM

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

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

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

Celular: 942157996

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

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

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

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N°0052-2022-CTVC/LAM
---	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	09/03/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	CONCEPCIÓN CUSTODIO BERNAL		3. NÚMERO-DNI:	16598912
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SANTA ROSA		5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	09/03/2022
7. DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	8. PROVINCIA:	CHICLAYO	
9. DISTRITO:	SANTA ROSA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CRISTHIAN BARNO 612	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿Dónde SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	16419871-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	1	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

El 09/03/2022 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica el Sr. **CONCEPCIÓN CUSTODIO BERNAL**, **presidenta** del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Santa Rosa, con el Acompañamiento el ETR CTVC Lambayeque, se entrevistó al Sr. **ORLANDO TORRES MORENO**, usuario en el programa CONTIGO. Se consignó mediante ficha V-055-2022-LAM-D, el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.** El informante refiere que en los últimos 4 meses el programa Contigo y la oficina de OMAPED de la municipalidad de Santa Rosa, NO realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios. Lo descrito estaría contraviniendo lo dispuesto en la RDE N° 091-2020-MIDIS-PNPDS-DE en el siguiente numeral: 5.17. Monitoreo del uso de la pensión no contributiva. Es el procedimiento por el cual se recoge información de los/las usuarios/as a través de visitas al hogar, que permita levantar información, analizar y hacer una retroalimentación de los usos que se le da la pensión no contributiva, lo cual permite al Programa Contigo optimizar la intervención, impactando en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad severa, usuarios/as del Programa".

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a)) 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.- Anexos 001: **V-055-2022-LAM-D** (01 folios)



Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

ANEXO 001

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE									
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO									
Teléfono Regional:		942157996		FICHA DE ENTREVISTA		CODIGO N°V-055-2022-LAM-D			
Teléfono Nacional:				USUARIO/A-PROGRAMA CONTIGO					
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA									
1 FECHA INICIAL de la entrevista:		09-03-2022		2 HORA INICIAL de la entrevista:		09:30 a.m.			
NOTA IMPORTANTE:									
A) La ficha de entrevista debe ser aplicada de manera estricta en el siguiente orden:									
i) En primera instancia al usuario del programa (siempre y cuando sea mayor de edad y pueda manifestar su voluntad).									
ii) En segunda instancia y solo cuando el usuario es menor de edad o siendo mayor de edad no pueda manifestar su voluntad, la entrevista debe ser aplicada a la persona autorizada para cobrar por el usuario (autorizado mediante resolución del programa Contigo).									
B) En caso la ficha se aplique a la persona autorizada para cobrar, entonces la entrevista debe hacerse y comprenderse como si se aplicara al mismo usuario.									
C) PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA:									
(a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre									
I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:									
3 N° DNI del Usuario:		8419871		4 Apellidos y nombres del Usuario:		ORLANDO TORRES MORENO			
5 DEPARTAMENTO:		LAMBAYEQUE		6 PROVINCIA:		CHICLAYO			
7 DISTRITO:		SANTA ROSA		8 CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:		CRISTHIAN BARNO 612			
9 Fecha de nacimiento del Usuario:		1952-05-12		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:		983825687			
13 Nivel de instrucción del Usuario:		(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior		21 Relación de parentesco con el Usuario:		(a) Madre (b) Padre (c) Otro:			
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							
16 N° DNI del Informante:				17 Apellidos y nombres del Informante:					
18 Sexo del Informante:		(a) Femenino (b) Masculino		19 Teléfono/celular del Informante:					
20 Reside en la misma vivienda con el Usuario/a?		(a) SI (b) NO		21 Relación de parentesco con el Usuario:		(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 PENSION NO CONTRIBUTIVA									
A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN 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				SI NO 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				SI NO NS/NR NA			
23.4 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud fue afiliado al Programa?		1 AÑO años/ meses/				SI NO NS/NR NA			
24 ¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?						SI NO NS/NR NA			
25 ¿Actualmente, recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?						SI NO NS/NR NA			
26 ¿Actualmente, tiene Clasificación Socioeconómica de Pobre o Pobre Extremo?						SI NO NS/NR NA			
27 ¿Actualmente, también es beneficiario del Programa Pensión 65?						SI NO NS/NR NA			
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSION									
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:				SI NO NS/NR NA			
28.2 ¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?						SI NO NS/NR 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 a más				SI NO NS/NR NA			
28.4 ¿El personal de esta oficina lo atendió en el idioma que usted usa?						SI NO NS/NR NA			
28.5 ¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?		(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena				SI NO NS/NR NA			
28.6 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud se enteró de la autorización del Programa?		años/ meses/				SI NO NS/NR NA			
C. VERIFICACIÓN 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 (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 NA			
30.1 De marcar NO precise ¿Por qué no se cobró la pensión? Y Pase a la pregunta 31 y siguientes:									
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE									
31 ¿Ha tenido dificultades para cobrar la pensión otorgada por el Programa?						SI NO NS/NR NA			
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) Bancolcero NO tiene acceso expedido para personas con discapacidad (d) Bancolcero 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				SI NO 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				SI NO NS/NR NA			
37 ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?		días horas 30 minutos				SI NO 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				SI NO 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: GESTIÓN 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 NA			
41 El Programa le brinda información acerca de sus derechos						SI NO NS/NR NA			
42 El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad						SI NO NS/NR NA			
B. ACOMPAÑAMIENTO A NIVEL DE HOGAR (Para menores de 18 años y adultos que no expresan voluntad)									
43 El Usuario Cuenta con un Plan de Inclusión Familiar.						SI NO NS/NR NA			
44 El Programa le brinda información acerca de sus derechos, su rol en la familia y la comunidad.						SI NO NS/NR NA			
45 El Programa le brinda información acerca de su rol en la familia y la comunidad						SI NO NS/NR NA			
SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL									
46 En los 4 últimos meses ¿el personal de OMAPED o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?						SI NO NS/NR NA			
47 En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado?						SI NO NS/NR NA			
48 ¿Cómo considera que lo tratan en su casa?		(a) Muy mal (b) Mal (c) Regular (d) Bien (e) Muy Bien				SI NO NS/NR NA			
48.1 En caso de marcar muy mal, mal, regular, mencione por qué:									
49 ¿Con qué 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 POLÍTICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD									
50 ¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?						SI NO NS/NR NA			
51 ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?						SI NO NS/NR NA			
52 ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?						SI NO NS/NR NA			
53 ¿Le pidió que asista alguna reunión o mín de algún candidato?						SI NO NS/NR NA			
54 OBSERVACIONES (o dificultades)									
LA SEMANA PASADA VIENRON UN CIUDADANOS DE Santa rosa del partido político Alianza para el progreso para le que apoyen su campaña.									
55 RECOMENDACIONES									
SU TRAMITE LO REALIZO EN LA OMAPED									
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									
Nombres y Apellidos:		CONCEPCIÓN CUSTODIO BERNAL							
DNI:		16398912							
Cargo:		PRESIDENTE							
Correo electrónico:		NO TIENE							
Teléfono:		947387076							
DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL									
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN									
Nombres y Apellidos:		ALFONSO SANCHEZ CAJO							
DNI:		16738301							
Cargo:		RESPONSABLE REGIONAL							
Correo electrónico:		LAMBAYEQUE RRCTVCPERU@gmail.com							
Teléfono:		942157996							

Página 1

Página 3

Página 2

Página 4