COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

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

Surquillo, 08 de abril de 2022

OFICIO Nº 047-2022-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)
DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO
Directora Ejecutiva
Programa 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 (los) siguiente (s) CASO(S)[1]:

- CASO N° 0056-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0067-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0057-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0068-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0058-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0069-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0059-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0070-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0060-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0071-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0061-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0072-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0062-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0073-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0063-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0074-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0064-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0075-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0065-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0076-2022-CTVC/LIC
- CASO N° 0066-2022-CTVC/LIC - CASO N° 0077-2022-CTVC/LIC

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,

STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

[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 Las Palomas N 430, Urbanización Limatambo, Surquillo.
Teléfono: (01) 422-6900, Celular: 994432613
Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / limametro.rrctvcperu@gmail.com
Página Web: www.ctvcperu.org.pe

Telf. de Lima y Callao: 994432613 Telf. Nacional: 984056206	CASO	N° 0074-2022-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	**1. FECHA DE REGISTRO:**	09/03/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GUEVARA MOSQUEYRA DANNY	**3. NÚMERO-DNI:**	09706105
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA ZONA 4 DE VILLA MARIA DEL TRIUNFO	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	09/03/2022

7. DEPARTAMENTO:	LIMA	**8. PROVINCIA:**	LIMA
9. DISTRITO:	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	A.H. SANTA ROSA BAJA, JR. SIMON BOLIVAR 541
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	09722015-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	1

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

Durante las acciones de veeduría a los procesos del Programa De Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO, en el distrito de Villa María del Triunfo se realizó la entrevista con la Sra. Lisbeth Joana Gutiérrez Rosas, con número de DNI 45572374, persona autorizada para cobrar, y hermana de Carlos Torres Rosas usuario del programa Contigo; identificándose los siguientes puntos críticos:

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

   Durante la entrevista realizada a la hermana del usuario del Programa Contigo, refiere que, durante los últimos 4 meses el personal de la OMAPED de la Municipalidad y el Programa Contigo NO se comunicaron con ella para verificar si cobró la pensión no contributiva.

   Esta situación podría contravenir con 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 mejore de la calidad de vida de las personas con discapacidad severa, usuarios/as del Programa"*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado de los objetivos del programa Contigo y en observancia a sus lineamientos técnicos, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los puntos críticos alertados en el presente caso, a fin de garantizar el cumplimiento a los Principios y estándares ofrecidos por el Programa Contigo.
- Fortalecer el acompañamiento a usuarios/as y personas autorizadas para el cobro con el objetivo de realizar el monitoreo correspondiente y brindar información oportuna respecto a la entrega de la pensión no contributiva.
- Mejorar servicio de call center para una oportuna atención a usuarios/as, personas autorizadas de cobro, aliados (OMAPED, OREDIS) y ciudadanos/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04)

1. Copia Ficha de Vigilancia N° V-039-2022-LIC-D (03 folios).
2. Anexo Fotográfico (02 folios).

STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

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

Teléfono Regional:	**994432613**	**FICHA DE ENTREVISTA**	**CODIGO N° V-039-2022-LIC-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:**	09/ 03 / 2022/	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	20:02

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 (d) Noviembre - diciembre

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO/A:

3	**N° DNI del Usuario:**	09722015	4	**Apellidos y nombres del Usuario:**	TORRES ROSAS CARLOS
5	**DEPARTAMENTO:**	LIMA	6	**PROVINCIA:**	LIMA
7	**DISTRITO:**	VILLA MARIA DEL TRIUNFO	8	**CCPP/Barrio/Dirección del Usuario:**	A.H. SANTA ROSA BAJA, JR. SIMON BOLIVAR 541
9	**Fecha de nacimiento del Usuario:**	21 / 07 / 1972 /	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:**	
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:**	45572374	17	**Apellidos y nombres del Informante:**	GUTIERREZ ROSAS LISBETH JOANA
18	**Sexo del Informante:**	**(a)** Femenino **(b)** Masculino	19	**Teléfono/celular del Informante:**	970599168
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: HERMANA
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? 3 años/ 0 meses/			**NS/NR**	**NA**
24		¿Actualmente, tiene un Certificado de Discapacidad Severa?	**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/_____meses/			**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? ⟶ ***Y Pase a la Pregunta 40 y siguientes:***					
	C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE					
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	___20 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 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

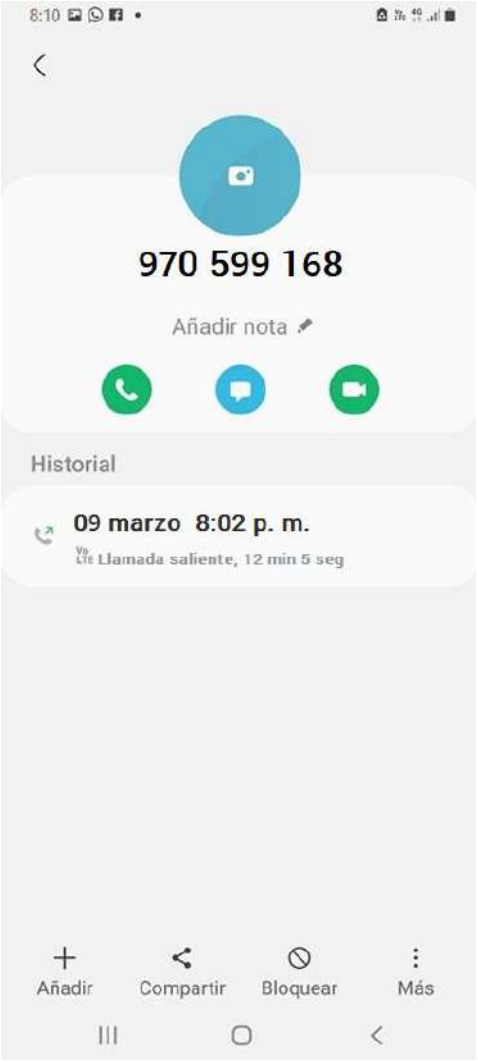
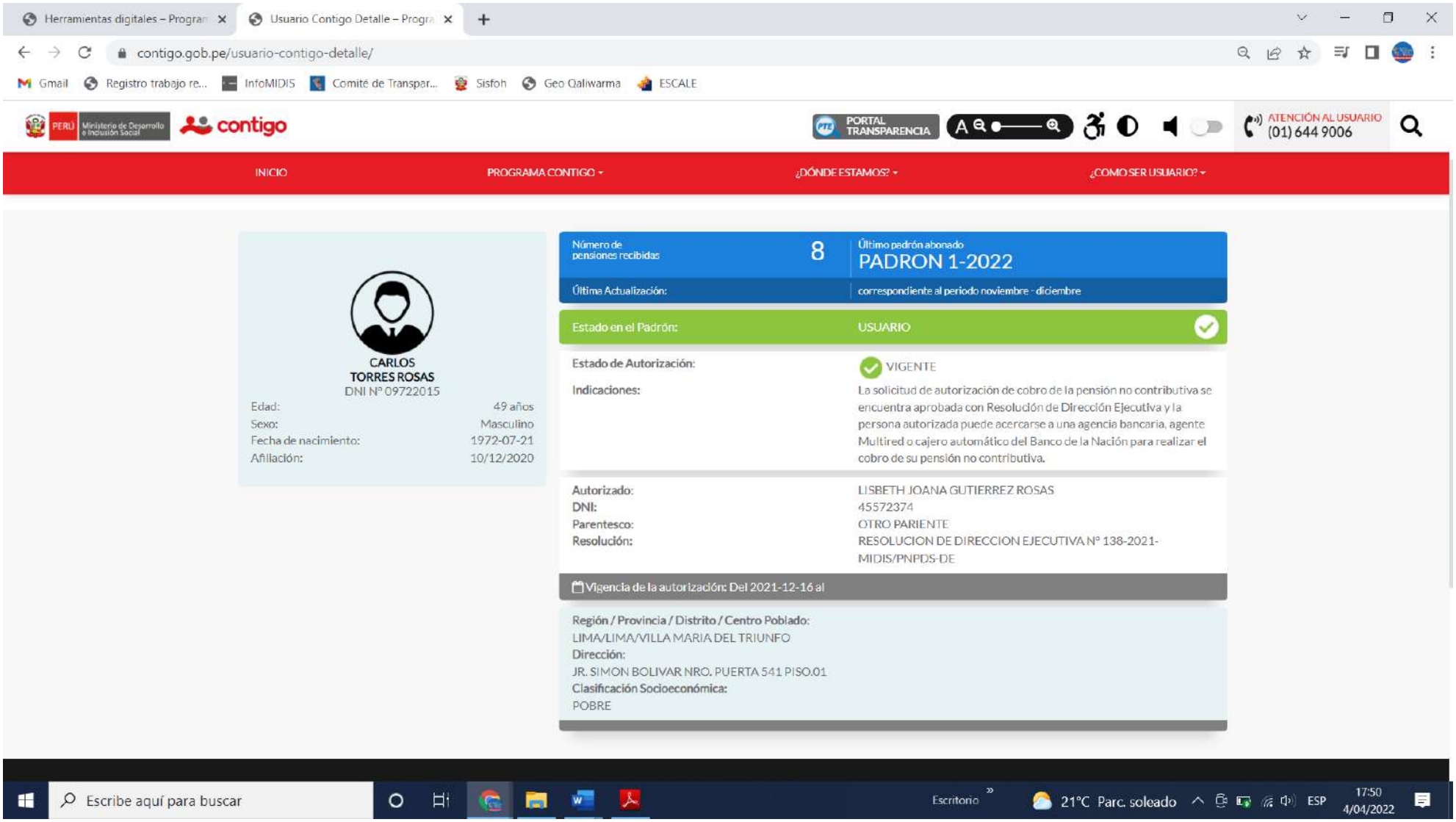
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

	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)**				
	CUANDO PRESENTÓ SU SOLICITUD LE OBSERVARON EL CERTIFICADO MÉDICO, LE DIJERON QUE ERA FALSIFICADO, LO QUE GENERÓ MOLESTIAS PORQUE EL CERTIFICADO SI ERA VERDADERO EMITIDO POR EL HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA, POR LO CUAL CALIFICA COMO MALA LA ATENCIÓN.				
	RECOMENDACIONES				

56	**FECHA FINAL de la entrevista:**	09 / 03 / 2022 /	57 **HORA FINAL de la entrevista:**	20:14

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:	DANNY GUEVARA MOSQUEYRA	**Nombres y Apellidos:**	LILIAN LUISA OSCCO ABARCA
DNI:	09706105	**DNI:**	23961982
Cargo:	PRESIDENTE	**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	dagmos@hotmail.com	**Correo electrónico:**	Limametro.2rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	994846437	**Teléfono:**	984634310

ANEXO 1. CAPTURA DE PANTALLA DE LLAMADA TELEFÓNICA A USUARIO



ANEXO 2: CAPTURA DE PANTALLA DE CONSULTA DE USUARIO EN WEB DEL PROGRAMA CONTIGO