

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL AREQUIPA**  
**“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”**

OFICIO N° 007-2021-CTVC/AREQUIPA

Arequipa, 02 de febrero de 2021

Señora:

Jessica Cecilia Niño De Guzmán Esaine

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 (08) 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 (en adelante, el Comité), en especial de su presidente, Monseñor Luís Bambarén Gastelumendi. Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 realizada por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 032-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 033-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 034-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 035-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 036-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 037-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 038-2021-CTVC/ARE
- CASO N° 039-2021-CTVC/ARE

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

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

Atentamente



.....  
Lic. Jéssica Dilú Valdivia Huamaní  
Responsable Regional Arequipa

---

<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 Arequipa (#) 942157595  
Teléfono Nacional: (#)945095602

CASO

N°034-2021-CTVC/ARE

|                                                                               |  |                                                                              |  |                                            |  |                                        |  |
|-------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------|--|----------------------------------------|--|
| PROGRAMA SOCIAL                                                               |  | CONTIGO                                                                      |  | 1. FECHA DE REGISTRO:                      |  | 28/12/2020                             |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:                               |  |                                                                              |  |                                            |  |                                        |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                         |  | JUANA PEREZ APAZA                                                            |  | 3. NÚMERO-DNI:                             |  | 29478721                               |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                   |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE SACHACA |  | 5. CARGO:                                  |  | PRESIDENTA                             |  |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO |  |                                                                              |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA:                    |  | 28/12/2020                             |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                              |  | AREQUIPA                                                                     |  | 8. PROVINCIA:                              |  | AREQUIPA                               |  |
| 9. DISTRITO:                                                                  |  | SACHACA                                                                      |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                        |  | CALLE JOSE OLAYA 303 P.T ALTO DE AMADO |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                     |  | GESTIÓN DE LA ENTREGA A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA                           |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? |  | LLAMADA TELEFÓNICA                     |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                    |  | 01                                                                           |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:           |  | 01                                     |  |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):                      |  |                                                                              |  |                                            |  |                                        |  |

El 28/12/2020 en las acciones de vigilancia realizadas a la prestación de servicios del Programa Contigo en el distrito de Sachaca, se realizó la entrevista al Sr. Juan Sixto Álvarez Calcina, identificado con DNI N° 29478540, usuario del Programa Contigo, evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO/A NO HA RECIBIDO SERVICIO COMPLEMENTARIO ESPECIALIZADO.** El entrevistado señaló que durante los últimos 6 meses no ha recibido ningún tipo servicio complementario especializado por parte del Programa u otra institución. Estas acciones son muy importantes en el proceso de inclusión, reconocimiento como sujetos de derecho, valoración y mejora de la calidad de vida de los usuarios/as del Programa

## IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco del cumplimiento de los lineamientos técnicos del Programa CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- a) Se fortalezca el proceso de gestión de la articulación vertical-horizontal, intra- intersectorial en el territorio que permita promover el acceso a servicios complementarios especializados a los usuarios del Programa, acciones que conlleven finalmente a contribuir en la mejora de su calidad de vida
- b) Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados.

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

1. Ficha de Veeduría V-246-2020- ARE-D (02 folios)



Jéssica Dilú Valdivia Huamaní  
Responsable Regional Arequipa

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942157595  
Teléfono Nacional: 945095602

## FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-246-2020-ARE-D

SEDE REGIONAL AREQUIPA

VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

## ENTREVISTA A USUARIO/A

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------------|------------------------------------------|--------------|
| a                                                                                                                                                       | Fecha de la entrevista:                                                                                         | 28 / 12 / 2020                                                                                                                                  | b   | Hora de entrevista:                    | INICIO: 08:02                            | FINAL: 01:30 |
| <b>I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:</b>                                                                                                                  |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| c                                                                                                                                                       | N° DNI del Usuario:                                                                                             | 29478540                                                                                                                                        | d   | Apellidos y nombres del Usuario:       | Alvarez Calana Juan Sixto                |              |
| e                                                                                                                                                       | Fecha de nacimiento del Usuario:                                                                                | 28 / 03 / 1958                                                                                                                                  | f   | Edad del usuario:                      |                                          |              |
| g                                                                                                                                                       | Sexo del Usuario:                                                                                               | Femenino ( ) Masculino (X)                                                                                                                      | h   | Teléfono/celular del Usuario:          |                                          |              |
| i                                                                                                                                                       | DEPARTAMENTO:                                                                                                   | Arequipa                                                                                                                                        | j   | PROVINCIA:                             | Arequipa                                 |              |
| k                                                                                                                                                       | DISTRITO:                                                                                                       | Sachaca                                                                                                                                         | l   | Dirección-CCPP/ANEXO del Usuario:      | Calle Jose Olave 303 P.T. Alto de Amado. |              |
| <b>II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:</b>                                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 1                                                                                                                                                       | El Informante es:                                                                                               | a) Usuario ( ) b) Persona autorizada para cobrar ( ) c) Persona con autorización en trámite ( ) d) Persona que cobra, pero sin autorización (X) |     |                                        |                                          |              |
| (Advertencia: Si el informante es el propio Usuario, pase a la pregunta 2 y siguientes)                                                                 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 1.1                                                                                                                                                     | N° DNI del Informante:                                                                                          | 29476260                                                                                                                                        | 1.2 | Apellidos y nombres del Informante:    | Alvarez Calana Adriana Justina           |              |
| 1.3                                                                                                                                                     | Fecha de nacimiento del Informante:                                                                             | 30 / 11 / 1962                                                                                                                                  | 1.4 | Edad del Informante:                   |                                          |              |
| 1.5                                                                                                                                                     | Sexo del Informante:                                                                                            | Femenino (X) Masculino ( )                                                                                                                      | 1.6 | Teléfono/celular del Informante:       | 959053549                                |              |
| 1.7                                                                                                                                                     | Idioma predominante de Informante                                                                               | a) Castellano / Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros                                                | 1.8 | Relación de parentesco con el Usuario: | Madre ( ) Padre ( ) Otro: hermana.       |              |
| 1.8                                                                                                                                                     | Reside en la misma vivienda con el Usuario?                                                                     | SI ( ) NO (X)                                                                                                                                   |     |                                        |                                          |              |
| 2                                                                                                                                                       | ¿Ella Srta. (Nombre de Usuario) ya sabe que es Usuario/a del Programa Contigo?                                  | SI NO                                                                                                                                           |     |                                        |                                          |              |
| 3                                                                                                                                                       | ¿Algún miembro del hogar ya sabe (sabía) que ella Srta. (Nombre de Usuario) es Usuario del Programa Contigo?    | SI NO                                                                                                                                           |     |                                        |                                          |              |
| (De marcar NO en las preguntas 2 y 3, suspender la aplicación de esta ficha de entrevista, indagar bien esta situación y aplicar una ficha de atención) |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| <b>III. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                              |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| <b>A. SOBRE LA AFILIACIÓN AL PROGRAMA</b>                                                                                                               |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 4                                                                                                                                                       | ¿Se solicitó la afiliación del Usuario al Programa Contigo?                                                     | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| (De marcar NO, NS/NR Pase a la Pregunta 5 y siguientes)                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 4.1                                                                                                                                                     | ¿En qué oficina se presentó la solicitud de afiliación del Usuario?                                             | a) Municipalidad-OMAPED (X) b) Sede central del Programa CONTIGO - Lima ( ) c) Otro                                                             |     |                                        |                                          |              |
| 4.2                                                                                                                                                     | ¿Fue gratuito el trámite de afiliación en esta oficina?                                                         | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| a) Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó: a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( )                   |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 4.3                                                                                                                                                     | ¿El personal de esta oficina lo atendió en el idioma que usted usa?                                             | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| 4.4                                                                                                                                                     | ¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esa oficina?                                             | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy Buena (X)                                                                        |     |                                        |                                          |              |
| 4.5                                                                                                                                                     | ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se enteró de la afiliación al Programa?    | años/ 2 meses/ NS/NR NA                                                                                                                         |     |                                        |                                          |              |
| 5                                                                                                                                                       | ¿Actualmente, el Usuario es también Beneficiario del Programa Pensión 65?                                       | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| 6                                                                                                                                                       | ¿Actualmente, el Usuario recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo?             | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| 7                                                                                                                                                       | ¿Actualmente, el Usuario cuenta con Clasificación Socioeconómica de POBRE o POBRE EXTREMO?                      | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| <b>B. SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                             |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 8                                                                                                                                                       | ¿Se solicitó la autorización para el cobro de la pensión al Programa Contigo?                                   | SI NO NS/NR NA                                                                                                                                  |     |                                        |                                          |              |
| (De marcar NO, NS/NR Pase a la Pregunta 9 y siguientes)                                                                                                 |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 8.1                                                                                                                                                     | ¿En qué oficina presentó la solicitud de autorización?                                                          | a) Municipalidad - OMAPED ( ) b) Sede central del Programa CONTIGO - Lima ( ) c) Otro                                                           |     |                                        |                                          |              |
| 8.2                                                                                                                                                     | ¿Fue gratuito el trámite de la autorización en esta oficina?                                                    | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| a) Si la respuesta es NO, diga cuánto pagó: a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( )                   |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 8.3                                                                                                                                                     | ¿El personal de esta oficina lo atendió en el idioma que usted usa?                                             | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| 8.4                                                                                                                                                     | ¿Cómo califica la atención recibida por el personal de esta oficina?                                            | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy Buena ( )                                                                        |     |                                        |                                          |              |
| 8.5                                                                                                                                                     | ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se enteró de la autorización del Programa? | años/ meses/ NS/NR NA                                                                                                                           |     |                                        |                                          |              |
| 8.6                                                                                                                                                     | ¿Actualmente, está vigente la autorización para el cobro de la pensión del Usuario?                             | SI NO NS/NR                                                                                                                                     |     |                                        |                                          |              |
| <b>C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA)</b>                                                                          |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 9                                                                                                                                                       | ¿Actualmente se cobra la pensión del Usuario?                                                                   | SI NO                                                                                                                                           |     |                                        |                                          |              |
| 9.1                                                                                                                                                     | ¿Quién cobra la pensión del Usuario?                                                                            | a) Usuario (X) b) Persona autorizada para cobrar ( ) c) Persona con autorización en trámite ( ) d) Persona que cobra, pero sin autorización ( ) |     |                                        |                                          |              |
| (Advertencia: Si el usuario es quien cobra la pensión, pase a la pregunta 10 y siguientes)                                                              |                                                                                                                 |                                                                                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 9.2                                                                                                                                                     | N° DNI de la persona que cobra por el usuario:                                                                  | 9.3 Apellidos y nombres de la persona que cobra por el usuario:                                                                                 |     |                                        |                                          |              |
| 9.4                                                                                                                                                     | Fecha de nacimiento de la persona que cobra por el usuario:                                                     | 9.5 Edad de la persona que cobra por el usuario:                                                                                                |     |                                        |                                          |              |

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942157595  
Teléfono Nacional: 945095802

## FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-246-2020-ARE-D

## SEDE REGIONAL AREQUIPA

## VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

## ENTREVISTA A USUARIO/A

|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 9.6                                                                                                                                                   | Sexo de la persona que cobra por el usuario:                                                                                                   | Femenino ( ) Masculino ( )                                                                                               | 9.7                                                                                                                                                    | Teléfono/celular de la persona que cobra por el usuario: |                                                 |
| 9.8                                                                                                                                                   | Reside en la misma vivienda con el Usuario?                                                                                                    | SI ( ) NO ( )                                                                                                            | 9.9                                                                                                                                                    | Relación de parentesco con el Usuario:                   | Madre ( ) Padre ( ) Otro: ( )                   |
| 10                                                                                                                                                    | ¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020) (S/. 300)?                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR    |
| 10.1                                                                                                                                                  | De marcar NO precise: ¿Por qué no se cobró la pensión?                                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 11                                                                                                                                                    | ¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al bimestre setiembre-octubre (Padrón V-2020) (S/. 300)?                                     |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR    |
| 11.1                                                                                                                                                  | De marcar NO precise: ¿Por qué no se cobró la pensión?                                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 12                                                                                                                                                    | ¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020) (S/. 300)?                                  |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR    |
| <b>C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)</b>                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 13                                                                                                                                                    | ¿Usted ha tenido dificultades para cobrar la pensión del Usuario?                                                                              |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR    |
| (De marcar NO Pase a la Pregunta 14 y siguientes)                                                                                                     |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 13.1                                                                                                                                                  | ¿Cuáles son las dificultades que se presentaron para cobrar la pensión del Usuario?                                                            | (Puede marcar más de una opción):                                                                                        |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                | a) La OMAPE no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa                                                   | ( )                                                                                                                                                    |                                                          |                                                 |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                | b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro                                                        | ( )                                                                                                                                                    |                                                          |                                                 |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                | c) Dificil acceso al banco/cajero                                                                                        | ( )                                                                                                                                                    |                                                          |                                                 |
|                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                | 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:                                                 |                                                 |
| <b>C.2. ATENCIÓN DEL BANCO DE LA NACIÓN /AGENTE BANCARIO EN EL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2020 (Padrón VI-2020)</b>                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 14                                                                                                                                                    | ¿Le pagaron completo el monto de la pensión del Usuario en el Banco/Agente?                                                                    |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI NO NS/NR <input checked="" type="checkbox"/> |
| 15                                                                                                                                                    | ¿Le brindan atención preferente en el Banco/Agente?                                                                                            |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI NO NS/NR <input checked="" type="checkbox"/> |
| 16                                                                                                                                                    | ¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene rampas con barandas, ventanillos especiales)                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI NO NS/NR <input checked="" type="checkbox"/> |
| 17                                                                                                                                                    | ¿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 <input checked="" type="checkbox"/>       |
| <b>C.3. UBICACIÓN Y COSTO PARA IR A COBRAR LA PENSIÓN AL BANCO DE LA NACIÓN/AGENTE BANCARIO/CAJERO (Correspondiente al VI PADRON-2020)</b>            |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 18                                                                                                                                                    | ¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario?                                                               | a) Caminando ( ) b) Transporte público ( ) c) Bote/peque-peque/ Chalupa ( )<br>d) Acémila ( ) e) Otros: especifique TAXI |                                                                                                                                                        |                                                          | NS/NR NA                                        |
| 19                                                                                                                                                    | ¿Cuánto tiempo demora en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario?                                                                   | días / horas / 40 minutos                                                                                                |                                                                                                                                                        |                                                          | NS/NR NA                                        |
| 20                                                                                                                                                    | ¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario?                                                                   | a) de 1 a 20 soles ( ) b) de 21 a 50 (X) c) de 51 a 100 ( ) d) de 101 soles a más ( )                                    |                                                                                                                                                        |                                                          | NS/NR NA                                        |
| 21                                                                                                                                                    | ¿Está de acuerdo con la ubicación del lugar donde cobra la pensión del Usuario?                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI NO NS/NR NA                                  |
| <b>IV. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO</b>                                                                                                        |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| <b>D. SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL</b>                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 22                                                                                                                                                    | En los 4 últimos meses ¿el personal de OMAPE o del Programa se ha comunicado con el Usuario para verificar el cobro de su pensión?             |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR    |
| 23                                                                                                                                                    | En los 6 últimos meses ¿el Usuario ha recibido algún servicio complementario especializado, para contribuir a la mejora de su calidad de vida? |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR    |
| <b>V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD</b>                                                                                                                 |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| <b>E. SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA</b>                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 24                                                                                                                                                    | ¿Algun operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          | SI <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR    |
| 25                                                                                                                                                    | <b>OBSERVACIONES</b>                                                                                                                           |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| 26                                                                                                                                                    | <b>RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                         |                                                                                                                          |                                                                                                                                                        |                                                          |                                                 |
| <b>DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b> |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | <b>DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b> |                                                          |                                                 |
| Nombres y Apellidos: Juana Perez Spaza                                                                                                                |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | Nombres y Apellidos: Naldy Ahuamilla Mansilla                                                                                                          |                                                          |                                                 |
| DNI: 29178721                                                                                                                                         |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | DNI: 46965728                                                                                                                                          |                                                          |                                                 |
| Cargo: Presidenta                                                                                                                                     |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | Cargo: Responsable de Campo                                                                                                                            |                                                          |                                                 |
| Correo electrónico:                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | Correo electrónico: arequipa-irctucpen@gmail.com                                                                                                       |                                                          |                                                 |
| Teléfono: 962484605                                                                                                                                   |                                                                                                                                                |                                                                                                                          | Teléfono: 984058759                                                                                                                                    |                                                          |                                                 |