OFICIO N° 007-2021-CTVC/CAJAMARCA

Cajamarca, 28 de Enero de 2021.

Señor(a):
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.
Cajamarca.-

Asunto: Se ALERTAN siete (07) 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 realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente, le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 034-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 035-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 036-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 037-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 038-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 039-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 040-2021-CTVC/CAJ

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de cada 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,

Liliana Maritza Hernández Villanueva
Responsable Regional

[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.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf.CAJAMARCA: (#) 942155526 Telf. SEDE LIMA : (#) 942160416	**CASO**	**N° 034-2021-CTVC/CAJ**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**30/12/2020**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**JARA ROJAS, ANCELMO**	**3. NÚMERO-DNI:**	47917503
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE CAJAMARCA	**5. CARGO:**	RESPONSABLE DE CAMPO

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**30/12/2020**
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	**8. PROVINCIA:**	JAÉN
9. DISTRITO:	JAÉN	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	JIRÓN PEDRO RUÍZ SN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE 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 día 30 de diciembre de 2020, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Elva Fernández Carrasco usuaria del Programa Contigo del distrito de Jaén, mediante la Ficha de Vigilancia V-540-2020-CAJ-D *(Ver Anexo 1)* registrándose el siguiente punto crítico:

1. **NO SE BRINDAN CONDICIONES EN EL BANCO PARA REALIZAR EL COBRO.** Durante la entrevista telefónica realizada a la Sra. Elva Fernández Carrasco, manifestó que la agencia del Banco de la Nación a la que acude a realizar el cobro de su pensión no está habilitada para atender a personas con discapacidad. Dado que no tiene rampas, ni barandas y no se facilita ventanilla preferencial para personas con discapacidad, enfermas, adultos mayores, etc. Este hecho vulnera Ley **N° 28683** que en su artículo 1 señala *"Dispónese que en los lugares de atención al público las mujeres embarazadas, las niñas, niños, las personas adultas mayores y con discapacidad, deben ser atendidas y atendidos preferentemente. Asimismo, los servicios y establecimientos de uso público de carácter estatal o privado deben implementar medidas para facilitar el uso y/o acceso adecuado para las mismas".*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO realice las indagaciones respectivas del 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.
- El Programa Nacional de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO debe articular con la agencia del Banco de la Nación para ofrecer condiciones mínimas que faciliten el acceso y uso adecuado de sus instalaciones.

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

1.- Ficha V-540-2020-CAJ-D (02 folios)

Ancelmo Jara Rojas
Responsable de Campo

Teléfono Regional: 942155526
Teléfono Nacional: 942160416

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-540-2020-CAJ-D

SEDE REGIONAL CAJAMARCA

VIGILANCIA A LA GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

ENTREVISTA A USUARIO/A

a	Fecha de la entrevista:	27/12/2021	b	Hora de entrevista:	INICIO: 4:00 FINAL: 4:30pm
c	N° DNI del Usuario:	42731589	d	Apellidos y nombres del Usuario:	Fernandez Carrasco Elva
e	Fecha de nacimiento del Usuario:	21/04/1989	f	Edad del usuario:	36
g	Sexo del Usuario:	Femenino (X) Masculino ( )	h	Teléfono/celular del Usuario:	952852316
i	DEPARTAMENTO:	Cajamarca	j	PROVINCIA:	Jaen
k	DISTRITO:	Jaen	l	Dirección-CCPP/ANEXO del Usuario:	Magllanal-Pedro Ruiz Galo

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

1 El Informante es: a) Usuario (X) b) Persona autorizada para cobrar ( ) c) Persona con autorización en trámite ( ) d) Persona que cobra, pero sin autorización ( )

(Advertencia: Si el informante es el propio Usuario, pase a la pregunta 2 y siguientes)

1.1	N° DNI del Informante:		1.2	Apellidos y nombres del Informante:
1.3	Fecha de nacimiento del Informante	/ /	1.4	Edad del Informante:
1.5	Sexo del Informante	Femenino ( ) Masculino ( )	1.6	Teléfono/celular del Informante:
1.7	Idioma predominante de Informante	a) Castellano / Español ( ) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Asheninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros:		
1.8	Reside en la misma vivienda con el Usuario?	SI ( ) NO ( )	1.9	Relación de parentesco con el Usuario: Madre ( ) Padre ( ) Otro:

2 ¿Ella Srta. (*Nombre de Usuario*) ya sabe que es Usuario/a del Programa Contigo? SI (X) NO ( )

3 ¿Algún miembro del hogar ya sabe (sabía) que ella Srta. (*Nombre de Usuario*) es Usuario del Programa Contigo? SI (X) 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)

III. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. SOBRE LA AFILIACION AL PROGRAMA

4 ¿Se solicitó la afiliación del Usuario al Programa Contigo? SI (X) 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 ____ NS/NR

4.2 ¿Fue gratuito el trámite de afiliación en esta oficina? SI (X) 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 (X) NO ( ) NS/NR ( )

4.4 ¿Como califica la atención recibida por el personal de esa oficina? a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena (X) e) Muy Buena ( ) NS/NR ( )

4.5 ¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se enteró de la afiliación al Programa? 3 años/ ____ meses/ NS/NR ( ) NA ( )

5 ¿Actualmente, el Usuario es también Beneficiario del Programa Pensión 65? SI ( ) NO (X) NS/NR ( )

6 ¿Actualmente, el Usuario recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo? SI ( ) NO (X) NS/NR ( )

7 ¿Actualmente, el Usuario cuenta con Clasificación Socioeconómica de POBRE o POBRE EXTREMO? SI ( ) NO (X) NS/NR ( )

B. SOBRE LA AUTORIZACIÓN PARA EL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

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 ____ NS/NR

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 ( ) NS/NR ( )

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 ( )

C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA)

9 ¿Actualmente se cobra la pensión del Usuario? SI (X) 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:
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) SI (X) 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) SI (X) 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 (X) NO ( ) NS/NR ( )

C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)

13 ¿Usted ha tenido dificultades para cobrar la pensión del Usuario? SI ( ) NO (X) 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 OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa ( )
- b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro ( )
- c) Difícil 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: ____

C.2. ATENCIÓN DEL BANCO DE LA NACIÓN /AGENTE BANCARIO EN EL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE 2020 (Padrón VI-2020)

14 ¿Le pagaron completo el monto de la pensión del Usuario en el Banco /Agente? SI (X) NO ( ) NS/NR ( ) NA ( )

15 ¿Le brindan atención preferente en el Banco/Agente? SI (X) NO ( ) NS/NR ( ) NA ( )

16 ¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? *(tiene rampas con barandas, ventanillas especiales)* SI ( ) NO (X) NS/NR ( ) NA ( )

17 ¿Cómo califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?: a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena (X) e) Muy Buena ( ) NS/NR ( ) NA ( )

C.3. UBICACIÓN Y COSTO PARA IR A COBRAR LA PENSIÓN AL BANCO DE LA NACIÓN/AGENTE BANCARIO/CAJERO (Correspondiente al VI PADRON-2020)

18 ¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobra la pensión del Usuario? a) Caminando ( ) b) Transporte público (X) c) Bote/ peque-peque/ Chalupa ( ) d) Acémila ( ) e) Otros: especifique ____ NS/NR ( ) NA ( )

19 ¿Cuánto tiempo demora en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ____ días / ____ horas / 3 minutos NS/NR ( ) NA ( )

20 ¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobra la pensión del Usuario? a) de 1 a 20 soles (X) b) de 21 a 50 ( ) 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 (X) NO ( ) NS/NR ( ) NA ( )

IV. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

D. SOBRE SEGUIMIENTO y MONITOREO NO PRESENCIAL

22 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 (X) 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 ( ) NO (X) NS/NR ( )

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

E. SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA

24 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato? SI ( ) NO (X) NS/NR ( )

25 OBSERVACIONES

26 RECOMENDACIONES

DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	Katherin Nicol Salas Campos	Nombres y Apellidos:	
DNI:	72696940	DNI:	
Cargo:	Presidenta	Cargo:	
Correo electrónico:	Keafarc16@unc.edu.pe	Correo electrónico:	
Teléfono:	972395220	Teléfono:	