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° 039-2021-CTVC/CAJ**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**30/12/2020**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**CHOLÁN ROJAS, WILFREDO**	**3. NÚMERO-DNI:**	70679311
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:**	CHOTA
9. DISTRITO:	CHOTA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	CABRACANCHA ALTA
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. Irma Cabrera Burga persona autorizada para el cobro de la pensión del Sr. Manuel Burga Vásquez usuario del Programa Contigo del distrito de Chota, mediante la Ficha de Vigilancia V-449-2020-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. Irma Cabrera Burga, manifestó que la agencia del Banco de la Nación a la que acude a realizar el cobro de la 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: (05)

1.- Ficha V-449-2020-CAJ-D (03 folios)

Wilfredo Cholán Rojas
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155526
Teléfono Nacional: 942168416

FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-449-2020-CAJ-D

SEDE REGIONAL CAJAMARCA
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: 10 : 0 FINAL: 10 : 17

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:

c	N° DNI del Usuario:	23314202	d	Apellidos y nombres del Usuario:	BURGA VÁSQUEZ MANUEL
e	Fecha de nacimiento del Usuario:	05/02/1957	f	Edad del usuario:	63
g	Sexo del Usuario:	Femenino ( ) Masculino (X)	h	Teléfono/celular del Usuario:	
i	DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	j	PROVINCIA:	CHOTA
k	DISTRITO:	CHOTA	l	Dirección-COMPLEMENTO del Usuario:	CHIMACHOYA ALTO

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

1	El informante es:	a) Usuario ( ) b) Persona autorizada para cobrar (X) 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:	23414202	1.2	Apellidos y nombres del informante:	CABRERA BURGA IRMA
1.3	Fecha de nacimiento del informante:	03/02/1969	1.4	Edad del informante:	51
1.5	Sexo del informante:	Femenino (X) Masculino ( )	1.6	Teléfono/celular del informante:	943445669
1.7	Idioma predominante del informante:	a) Castellano ( ) b) Español (X) c) Quechua ( ) d) Aymara ( ) e) Asháninka ( ) f) Awajún ( ) g) Otros:			
1.8	Reside en la misma vivienda con el Usuario?	Sí (X) NO ( )	1.9	Relación de parentesco con el Usuario:	Madre ( ) Padre ( ) Otro: PRIMA
2	¿Esta Sra. (Hombre de l'Usuario) ya sabe que es Usuaria del Programa Contigo?				SI NO
3	¿Algún miembro de hogar ya sabe (sabía) que esta Sra. (Hombre de l'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)				

III. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. SOBRE LA AFILIACIÓN AL PROGRAMA

4	¿Se solicitó la afiliación del Usuario al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR	
	(De marcar NO, NS/NR Pase a la Pregunta 6 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	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	¿Como califica la atención recibida por el personal de esta oficina?	a) Muy malo ( ) b) Malo ( ) c) Regular ( ) d) Bueno (X) e) Muy Bueno ( )			NS/NR	
4.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se emitió la afiliación al Programa?	___01___años/ ___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 o 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. 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 (X) 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	¿Como califica la atención recibida por el personal de esta oficina?:	a) Muy malo ( ) b) Malo ( ) c) Regular ( ) d) Bueno (X) e) Muy Bueno ( )			NS/NR	
8.5	¿Cuánto tiempo después de presentar la solicitud recibió respuesta y se emitió la autorización del Programa?	____01____años/ ___08____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	NO		
9.1	¿Quién cobra la pensión del Usuario?	a) Usuario ( ) 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 18 y siguientes)					
9.2	N° DNI de la persona que cobra por el usuario: 23414202	9.3	Apellidos y nombres de la persona que cobra por el usuario:	CABRERA BURGA IRMA		
9.4	Fecha de nacimiento de la persona que cobra por el usuario: 03/02/1969	9.5	Edad de la persona que cobra por el usuario:	51		
9.6	Sexo de la persona que cobra por el usuario: Femenino (X) Masculino ( )	9.7	Teléfono/celular de la persona que cobra por el usuario:	943445669		
9.8	Reside en la misma vivienda con el Usuario? Sí (X) NO ( )	9.9	Relación de parentesco con el Usuario:	Madre ( ) Padre ( ) Otro: PRIMA		
10	¿Se cobró la pensión del Usuario, correspondiente al bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020) (U. 100)		SI	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) (U. 100)		SI	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) (U. 200)		SI	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	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 demoró el trámite de autorización de cobro ( ) c) Difícil acceso al banco/cajero: (X) d) Banco/cajero permanecía cerrado ( ) e) No depositaron la cuenta del usuario ( ) f) Bloquearon la cuenta del usuario ( ) g) Perdida 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	NO	NS/NR	NA
15	¿Le brindaron atención preferente en el Banco/Agente?		SI	NO	NS/NR	NA
16	¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (Rampa, ascensor, ventanillas especiales)		SI	NO	NS/NR	NA
17	¿Como califica la atención recibida por el personal del Banco/Agente?:	a) Muy malo ( ) b) Malo ( ) c) Regular (X) d) Bueno ( ) e) Muy Bueno ( )			NS/NR	NA
	C.3. UBICACIÓN Y COSTO PARA IR A COBRAR LA PENSIÓN AL BANCO DE LA NACIÓN/AGENTE BANCARIO/CAJERO (Correspondiente a VI PADRÓN-2020)					
18	¿Qué medio utilizó para trasladarse al lugar donde cobró la pensión del Usuario?	a) Caminando ( ) b) Transporte público (X) c) Moto-taxi/ Chalupa ( ) d) Auto ( ) e) Otros: especifique:			NS/NR	NA
19	¿Cuánto tiempo demora en llegar al lugar donde cobró la pensión del Usuario?	____0____ días / ____1____ horas / ___30___ minutos			NS/NR	NA
20	¿Cuánto dinero gastó para llegar a lugar donde cobró 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 cobró la pensión del Usuario?		SI	NO	NS/NR	NA

IV. PROCESO: GESTIÓN 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	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	NS/NR	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

E. SOBRE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO DEL PROGRAMA

24	¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usó políticamente el Programa para favorecer algún candidato?		SI	NO	NS/NR	
25	**OBSERVACIONES**	**NINGUNA**				
26	**RECOMENDACIONES**	**NINGUNA**				

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:	WILFREDO CHOLÁN ROJAS	Nombres y Apellidos:	WILFREDO CHOLÁN ROJAS
DNI:	70879513	DNI:	70879513
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	[illegible]	Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	976078345	Teléfono:	976078345