COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL ANCASH

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

OFICIO N° 023-2021-CTVC/ANCASH

Ancash, 17 de febrero de 2021.

Señora:
Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - Contigo.

Ancash.-

Asunto: Remito ALERTA diez (10) 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 realizado por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, como Responsable del Equipo Técnico le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 120-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 121-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 122-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 123-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 124-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 125-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 126-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 127-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 128-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 129-2021-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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,

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana – Equipo Técnico Unidad Territorial Ancash

MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional-Equipo Técnico-Ancash
Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

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

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

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

Av. Gamarra Nº 380 - Of. 201, Barrio de San Francisco – Distrito de Huaraz, Provincia de Huaraz - Ancash
Teléfono: 043-428320. Celular 942154203
http:// www.ctvcperu.org

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. Ancash : 942154203 **Telf. Lima : 945095602**	**CASO**	**N° 128-2021-CTVC/ANC**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**15/12/2020**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MACUYAMA CHOTA, LEILA KAREN	**3. NÚMERO-DNI:**	41569827
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE ACOPAMPA	**5. CARGO:**	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**15/12/2020**

7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	**8. PROVINCIA:**	CARHUAZ
9. DISTRITO:	ACOPAMPA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	PSJE. NUNOCOTO
11. PROCESO:	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?**	ENTREVISTA EN DOMICILIO - USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	01

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

En el marco de la Campaña de Vigilancia al Proceso de Gestión de la Entrega de la Pensión No Contributiva del Programa Contigo, en el distrito de Acopampa se entrevistó al usuario, Sr. Eustaquio Ángel Joaquín Gonzales, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS:** Durante la entrevista el usuario indicó que en los últimos seis (6) meses, no recibió ningún servicio complementario especializado que contribuyan a la mejora de su calidad de vida, a pesar de estar considerado como población vulnerable.
   De acuerdo a la RDE 095- 2020-MIDIS/PNPCDS, en el numeral 5.6.3.2 Gestión del acompañamiento a nivel de usuario, hogar y comunidad, donde señala "El proceso de acompañamiento apuesta por un modelo social de la discapacidad, que complemente la entrega de la pensión no contributiva a través de acciones orientadas a la restitución y reconocimientos del usuario del programa como sujeto o titular de derecho, así como el fortalecimiento y empoderamiento de los hogares con PCDS y para el acceso a servicios complementarios presentes en la comunidad que aseguren la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios".

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En cumplimiento de los lineamientos técnicos del programa y garantizar el adecuado del Proceso de Gestión de la Pension No Contributiva, que se brinda a las personas con discapacidad severa, se sugiere lo siguiente:

- Favorecer el acceso a servicios complementarios con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as y potenciales usuarios/as pertenecientes al ámbito del distrito, buscando la intervención de aliados estratégicos.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1.- Copia de Ficha de Entrevista N° 080-2020-ANC-D (02 folios).

Virna Siobbhan. S. Medina Figueroa
Responsible de Campo del Comite de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Ancash

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 948134203
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° E-080-2020-ANC-D

SEDE REGIONAL ANCASH

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

ENTREVISTA A USUARIO/A

a. Fecha de la entrevista: 15/12/20 — b. Hora de entrevista: INICIO: 10-30 FINAL: 10:45

I. DATOS GENERALES DEL USUARIO:

c. N° DNI del Usuario: 44536530 — e. Apellidos y nombres del Usuario: Joaquin Gonzales Pantaquio Angel
d. Fecha de nacimiento del Usuario: 2/11/84 — f. Edad del usuario: 36
g. Sexo del Usuario: Femenino ( ) Masculino (X) — h. Teléfono/celular del Usuario: 998417158
i. DEPARTAMENTO: ANCASH — j. PROVINCIA: CARHUAZ
k. DISTRITO: ACOPAMPA — l. Dirección-CCPP/ANEXO del Usuario: Psje Nuñocoto S/N

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, pasa 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 del informante: a) Castellano (Español) b) Quechua c) Aymara ( ) d) Asháninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros:
1.8. Reside en la misma vivienda que el Usuario? SI ( ) NO ( ) — 1.9. Relación de parentesco con el Usuario: Madre ( ) Padre ( ) Otro:
2. ¿Esta Sra. (Nombre de Usuario) ya sabe que es Usuario/a del Programa Contigo? SI NO (X)
3. ¿Algún miembro de hogar ya sabe (sabía) que esta Sra. (Nombre de Usuario) es Usuario del Programa Contigo? NO (X)
(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? NO (X) 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? NO (X) 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? NO (X) NS/NR
4.4. ¿Como califica la atención recibida por el personal de esta 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? ___ años/ 6 meses/ NS/NR NA
5. ¿Actualmente el Usuario es también Beneficiario del Programa Pensión 65? SI (X) NS/NR
6. ¿Actualmente el Usuario recibe alguna otra pensión a parte de la otorgada por el Programa Contigo? SI (X) NS/NR
7. ¿Actualmente el Usuario cuenta con Clasificación Socioeconómica de POBRE o POBRE EXTREMO? SI (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 (X) 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. ¿Como 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? NO (X)
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, se quien cobra la pensión, pasa 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) NO (X) 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) NO (X) 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) 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 (X) 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 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 (X)
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 NO NS/NR NA
15. ¿Le brindan atención preferente en el Banco/Agente? SI NO NS/NR NA
16. ¿El Banco/Agente está adecuado para atender a personas con discapacidad? (tiene rampas con barandas, ventanillas especiales) SI NO NS/NR NA

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 NA

C.2. 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 ( ) c) Bote/ peque-peque/ Chalupa ( ) d) Acémila ( ) e) Otros: especifique _____ NS/NR NA

19 ¿Cuánto tiempo demoró en llegar al lugar donde cobra la pensión del Usuario? ___días / ___horas / ___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 ( ) 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

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 NS/NR

23 En los 6 últimos meses ¿si 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 POLITICO DEL PROGRAMA

24 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo/OMAPED/MUNICIPALIDAD, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato? SI NO 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:	Leila Karen Macuyama Chota	Nombres y Apellidos:	Virna S. S. Medina Figueroa
DNI:	41569827	DNI:	47474116
Cargo:	Presidenta	Cargo:	Responsable de Campo
Correo electrónico:	—	Correo electrónico:	ancash.2recuperar@gmail.com
Teléfono:	921228894	Teléfono:	942152028