

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL TACNA**  
**“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”**

Tacna, 22 de marzo 2022.

**OFICIO N.º 007-2022-CTVC/TACNA.**

Señora:

Diana Elizabeth Prudencio Gamio.

**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 dos (02) CASOS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por el equipo técnico y Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes casos:

- CASO N° 004-2022-CTVC/TAC.
- CASO N° 005-2022-CTVC/TAC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente.



---

**LUIS ALBERTO MESTA BACA**  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
CTVC-TACNA

<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 ó 3, según corresponda.

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

**Calle. Coronel Vidal # 65-Int. 08/Quinta Harrison– Tacna**  
**Celular: 942160201.**  
**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / tacna.rrctvcperu@gmail.com**  
**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                                      |  |                                                       |  |                                                                                                             |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Teléfono de Tacna: 942160201<br>Teléfono Nacional: 984056206                         |  | <b>CASO</b>                                           |  | N° 0004-2022-CTVC/TAC                                                                                       |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     |  | CONTIGO.                                              |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 02/03/2022                                                                            |  |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |  |                                                       |  |                                                                                                             |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                |  | LAURA PAREDES, VIRGINIA NATIVA.                       |  | 3. NÚMERO-DNI: 00487043.                                                                                    |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA. |  | 5. CARGO: PRESIDENTA.                                                                                       |  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |  |                                                       |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 02/03/2022                                                                          |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     |  | TACNA.                                                |  | 8. PROVINCIA: TACNA.                                                                                        |  |
| 9. DISTRITO:                                                                         |  | ALTO DE LA ALIANZA                                    |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: AV. PROLONGACIÓN PINTO. 1337                                                            |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            |  | GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO.                            |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 44657686-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE ALTO DE LA ALIANZA. |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           |  | 1                                                     |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 PUNTO CRÍTICO.                                                          |  |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |  |                                                       |  |                                                                                                             |  |

Durante las acciones de veeduría/vigilancia, se entrevistó a la Sr. Jhonatan Vicente Pari, responsable de OMAPED de la municipalidad distrital de Alto de la Alianza; de la cual se registró el siguiente punto crítico.

- 1. NO SE BRINDA INFORMACIÓN COMPLETA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA (OMAPED, USUARIOS/AS, POTENCIALES USUARIOS/AS).** Durante la entrevista el responsable de OMAPED manifestó que tiene dificultades para comunicarse con la sede central del Programa Contigo, así mismo menciona que cuando tiene algunas dudas o consultas las realiza mediante correo electrónico o grupo de WhatsApp, pero no le responde o no le son absueltas en su totalidad. Tiene poco o escasa comunicación telefónica.

Esta situación anteriormente descrita podría contravenir el RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, **Plan Estamos Contigo: Gestión Del Acompañamiento Y Articulación 2020**, en uno de sus Objetivo específico así como en el numeral 7.2.3.1. destaca que; Esta estrategia “Contigo te capacita” tiene como objetivo **fortalecer las capacidades de los aliados estratégicos con la finalidad de mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad severa, manejo de los procedimientos del Programa, normatividad que ampara los derechos de las personas con discapacidad y estrategias de acercamiento y acceso a servicios dirigidos a personas con discapacidad severa.**

Asimismo, en uno de sus ejes estratégicos se describen “El Programa CONTIGO toma como elemento clave **la “articulación”** para lograr la realización de acciones conjuntas en favor de la persona con discapacidad severa, ya sea para la transferencia monetaria como para el acompañamiento. En este sentido, las acciones de articulación se desarrollarán con los representantes de las diferentes instituciones involucradas en los temas de trabajo que se priorizará para cada territorio”.

Esta situación podría no garantizar el cumplimiento del marco normativo vigente del Programa Social. Asimismo, podría estar afectando la calidad y eficiencia del modelo operacional que actualmente el programa social viene ejecutando.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de acciones para el adecuado cumplimiento del proceso de gestión de acompañamiento, y en cumplimiento de los lineamientos técnico del programa se sugiere lo siguiente:

- Que el Programa CONTIGO, garantice el cumplimiento de lo establecido en la “Plan “Estamos Contigo: Gestión Del Acompañamiento Y Articulación 2020” y de las demás directivas vigentes.
- Fortalecer y garantizar las estrategias de los canales de comunicación (números telefónicos, WhatsApp y correos electrónicos) ya que los encargados de las OMAPEDs, Usuarios y Potenciales Usuarios necesitan reportar y/o consultar ocurrencias presentadas sobre los procesos que tiene el programa.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar lo sucedido, las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de esta situación crítica alertada en este caso.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (03))

1. Copia de la Ficha de Vigilancia A-017-2022-TAC-D (03 folios).



.....  
**Luis Alberto Mesta Baca**  
Responsable Regional

**ANEXO 01**  
**FICHA DE ENTREVISTA**

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------|------------------------------------|----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|------------------------------------------------|------|
| SEDE REGIONAL TACNA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO                                                                                                                                                                                      |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| FICHA DE ENTREVISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| Teléfono Regional:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                | 92160201                                               |             | OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO |                | CODIGO N° V-013-2002-TAC                                                                                                                                   |                                      |                                                |      |
| Teléfono Nacional:                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FECHA INICIAL de la entrevista:                                                                | 08                                                     | 03          | 2021                               | 2              | HORA INICIAL de la entrevista:                                                                                                                             | 09                                   | 45                                             | a.m. |
| <b>NOTA IMPORTANTE:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.                                                                                                                                                                               |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| B) PRECISE EL BIENESTR DE PAGO QUE SE VIGILA: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Febrero <input type="checkbox"/> Marzo - Abril <input type="checkbox"/> Mayo - Junio <input type="checkbox"/> Julio - agosto <input type="checkbox"/> Septiembre - octubre <input type="checkbox"/> Noviembre - diciembre |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| <b>DATOS GENERALES DE LA OMAPED:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DEPARTAMENTO:                                                                                  | TACNA                                                  |             |                                    |                | 4                                                                                                                                                          | PROVINCIA:                           | TACNA                                          |      |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | DISTRITO:                                                                                      | ALTO DE LA ALIANZA                                     |             |                                    |                | 6                                                                                                                                                          | Dirección de la Municipalidad:       | AV. POB. DINTO 1332                            |      |
| <b>DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):</b>                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | N° DNI del Informante:                                                                         | 44657686                                               |             |                                    |                | 8                                                                                                                                                          | Apellidos y nombres del Informante:  | Honatón Alonso Vicente Pati                    |      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Edad del Informante:                                                                           | 34 años                                                |             |                                    |                | 10                                                                                                                                                         | Sexo del Informante                  | Femenino ( ) Masculino (X)                     |      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Teléfono celular del Informante:                                                               | 930986440                                              |             |                                    |                | 12                                                                                                                                                         | Presenta alguna discapacidad: marque | SI ( ) NO (X)                                  |      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Fecha que inició labores en OMAPED                                                             | 01/02/2019 3 años                                      |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Nivel de instrucción del Informante:                                                           | (a) Sin nivel                                          | (b) Inicial | (c) Primaria                       | (d) Secundaria | (e) Básica especial                                                                                                                                        | (f) Técnico                          | <input checked="" type="checkbox"/> Superior X |      |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Idioma predominante del Informante:                                                            | <input checked="" type="checkbox"/> Castellano/Español |             | (b) Quechua                        | (c) Aymara     | (d) Ashaninka                                                                                                                                              | (e) Awajún                           | (f) Otro:                                      |      |
| <b>EL PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| <b>A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?                                       |                                                        |             |                                    |                | Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR  |                                      |                                                |      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?                            |                                                        |             |                                    |                | Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR  |                                      |                                                |      |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?                               |                                                        |             |                                    |                | Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR  |                                      |                                                |      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?                     |                                                        |             |                                    |                | Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR  |                                      |                                                |      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce las pausas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?            |                                                        |             |                                    |                | Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR  |                                      |                                                |      |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?                           |                                                        |             |                                    |                | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR                                                                                   |                                      |                                                |      |
| <b>(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?                                         |                                                        |             |                                    |                | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR                                                                                   |                                      |                                                |      |
| 22.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | De marcar NO, diga cuánto es el costo:                                                         |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| <b>B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN</b>                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted conoce las pausas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo? |                                                        |             |                                    |                | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR |                                      |                                                |      |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?                |                                                        |             |                                    |                | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR                                                                                   |                                      |                                                |      |
| <b>(De marcar NO, pase a la pregunta 25 y siguientes)</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 25                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?                                         |                                                        |             |                                    |                | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR                                                                                   |                                      |                                                |      |
| 25.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | De marcar NO, diga cuánto se paga:                                                             |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| <b>C. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL BIENESTR)</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                |                                                        |             |                                    |                |                                                                                                                                                            |                                      |                                                |      |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?              |                                                        |             |                                    |                | (a) 1 a 10 soles    (b) 11 a 20 soles    (c) 21 a 50 soles    (d) 51 soles a más                                                                           |                                      |                                                |      |
| 26.1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó?                                                   |                                                        |             |                                    |                | <input checked="" type="checkbox"/> SI NO <input type="checkbox"/> NS/NR                                                                                   |                                      |                                                |      |

**C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE**

27. ¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPEd sobre el cobro de la pensión de Usuarios?

De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes

SI ☒ NO ☒ NS/NR

27.1. ¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPEd sobre el cobro de la pensión de usuarios? (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) Dificil acceso al banco/cajero  
(d) Bancocajero cerrado/roto alante  
(e) No abonaron la cuenta del usuario  
(f) Bloquearon la cuenta del usuario  
(g) Pérdida de tarjeta del usuario  
(h) Otros Precise: \_\_\_\_\_

**III. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO**

**VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPEd (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPEd DEL PROGRAMA CONTIGO)**

28. ¿Usó usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPEd del Programa Contigo?

De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes

28.1. Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPEd del Programa Contigo?

28.2. Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso

28.3. Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPEd.

28.4. Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica sobre el uso de la información de boletines usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.

28.5. Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó materiales informativos para el uso correcto de los datos contenidos en la aplicación?

28.6. Si la respuesta es "SI", Como califica la aplicación web USUARIO OMAPEd del Programa Contigo?  
Explique: \_\_\_\_\_

29. ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?

De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes

29.1. ¿Cuál fue la modalidad?

29.2. ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?

29.3. ¿Lo capacitación en el idioma que usted usa?

29.4. ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?

30. ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN?

De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes

30.1. ¿Cuál fue la modalidad?

30.2. ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?

30.3. ¿Lo capacitación en el idioma que usted usa?

30.4. ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?

**VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL**

31. En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPEd, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (Vía telefónica, whatsapp u otro medio no presencial)?

32. En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?

33. En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicio complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?

34. ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunicó con usted \_\_\_\_\_ 15 días \_\_\_\_\_ 1 mes \_\_\_\_\_ 2 meses \_\_\_\_\_ mas de 3 meses

35. ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?

35.1 De marcar NO precise la dificultad: \_\_\_\_\_

se responde casos y busca intermediarios

SI ☒ NO ☒ NS/NR

#### IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

##### VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo

|    |                                                                                          |                                             |    |                                     |    |                                     |       |  |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----|-------------------------------------|----|-------------------------------------|-------|--|
| 36 | ¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa? | Puede ampliar la respuesta en observaciones | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | NS/NR |  |
| 37 | ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?                           | Puede ampliar la respuesta en observaciones | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | NS/NR |  |
| 38 | ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                   | Puede ampliar la respuesta en observaciones | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | NS/NR |  |
| 39 | ¿Le pidió que asista alguna reunión o mín de algún candidato?                            | Puede ampliar la respuesta en observaciones | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input checked="" type="checkbox"/> | NS/NR |  |

40 OBSERVACIONES (o dificultades)

41 RECOMENDACIONES

Hupear la candidatura con la Sede Central sobre la formalización de observación.

42 FECHA FINAL de la entrevista: 02/03/22

44 HORA FINAL de la entrevista: 10:05 am.

DATOS DEL VEEADOR-MIEMBRO VOLUNTARIO  
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN

DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL  
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

|                     |                          |                     |                          |
|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| Nombre y Apellidos: | Virginia Laura Paredes   | Nombre y Apellidos: | Luis Alberto Mesta Baza  |
| DNI:                | 00487043                 | DNI:                | 12443869                 |
| Cargo:              | Presidencia              | Cargo:              | BB-CTK                   |
| Correo electrónico: | Virginia.laura@gmail.com | Correo electrónico: | luisa.12443869@gmail.com |
| Teléfono:           | 952835263                | Teléfono:           | 942160201                |