OFICIO N° 013-2022-CTVC/PASCO

Pasco, 26 de abril del 2022

Señora
Sra. Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de Pensión no Contributiva a las Personas Con discapacidad Severa en Situación de Pobreza – CONTIGO
Pasco. -

Asunto: 05 CASO.

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). 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 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 CLTVC distritales, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 007-2022-CTVC/PAS CASO N° 008-2022-CTVC/PAS

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos alertados, adjuntamos en anexo la ficha de vigilancia y otras evidencias, concluido su procedimiento, sírvase comunicar los resultados de las mismas.

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

Atentamente,

Rolando Valentin Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

cc. Arch.
CTVC. Nac.

[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. Sede PASCO:(#)942161945 Telf. SEDE LIMA: (#)942160416	**CASO**	**N° 007-2022-CTVC/PAS**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**10/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**VALENTÍN ARIAS ROLANDO**	**3. NÚMERO-DNI:**	**04000520**
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – PASCO	**5. CARGO:**	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**10/03/2022**

7. DEPARTAMENTO:	PASCO	**PROVINCIA:**	PASCO
9. DISTRITO:	SAN FRANCISCO DE ASIS DE YARUSYACAN	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	Plaza principal
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA.	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	71239335 -RESPONSABLE DE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE SAN FRANCISCO ASIS D YARUSYACAN
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	34	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Puntos Críticos

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

El 10/03/2022, fue entrevistada, la Srta. LESLY MAYUMY ATENCIO ROMERO, con DNI 71239335, responsable del OMAPED de la Municipalidad de SAN FRANCISCO DE ASIS DE YARUSYACAN, por el Responsable Regional CTVC Pasco, Vía virtual al proceso de la Entrega de la Pensión no Contributiva del Programa Contigo, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **NO SE RECIBE RESPUESTA A SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA COBRO/RENOVACIÒN/REVOCATORIA.** La mencionada responsable del OMAPED dijo que el trámite de las autorizaciones de cobro demora aproximadamente 3 meses. (**Ver Ficha de Entrevista**).

   Esta situación, podría contravenir con el punto 29.2 sobre los Procesos Misionales del programa Nacional de la entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza-CONTIGO aprobado por la RM 012-2020-MIDIS que menciona "El proceso de entrega de la pensión no contributiva comprende actividades relacionadas a planificar, conducir, organizar ejecutar y supervisar los procesos de afiliación, actualización del padrón, transferencia de la pensión y entrega de la pensión…asimismo, conduce y ejecuta la implementación de los procedimientos para el cobro de la pensión a través de personas autorizadas…"

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere que el trámite de autorización de cobro se debe de dar una mayor celeridad con la finalidad de no afectar el cobro de parte de los usuarios.

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

Ficha de V-007-2022-PAS-D (folios 01).

Rolando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	**942 161 945**	**FICHA DE ENTREVISTA**	FEBRERO 2022	**CODIGO N° V-007-2022-PAS-D**
Teléfono Nacional:	**984 056 206**	**OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO**		
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	**(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA**	

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	__10__/__03__/_2022_/	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	__11__:_15____

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la entrevista debe ser unicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.

B) PRECISE EL BIMESRE DE PAGO QUE SE VIGILA: ***(a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre***

I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:

3	**DEPARTAMENTO:**	PASCO	4	**PROVINCIA:**	PASCO
5	**DISTRITO:**	SAN FRANCISCO DE ASIS DE YARUSYACAN	6	**Dirección de la Municipalidad:**	Plaza principal

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):

7	**N° DNI del Informante:**	71239335	8	**Apellidos y nombres del Informante:**	**LESLY MAYUMY ATENCIO ROMERO**
9	**Edad del Informante:**	25	10	**Sexo del Informante**	Femenino (X) Masculino ( )
11	**Teléfono/celular del Informante:**	943 049 605	12	**Presenta alguna discapacidad: marque**	SI ( ) NO (X)
13	**Fecha que inició labores en OMAPED**	_01__/__11__/_2021_____/			
14	**Nivel de instrucción del Informante:**	**(a)** Sin nivel **(b)** Inicial **(c)** Primaria **(d)** Secundaria **(e)** Básica especial **(f)** Técnico **(g)** Superior			
15	**Idioma predominante del Informante:**	**(a)** Castellano/Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	*(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)*	**SI**	**NO**	**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)*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
18	¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?	*(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)*	**SI**	**NO**	**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)*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
20	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	*(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
21	¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)				
22	¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
22.1	De marcar **NO**, diga cuánto es el costo:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más			

B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN

23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	*(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
24	¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes				
25	¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
25.1	De marcar NO, diga cuánto se paga:	**(a)** 1 a 10 soles **(b)** 11 a 20 soles **(c)** 21 a 50 soles **(d)** 51 soles a más			

C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL BIMESTRE)

26	¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
26.1	*De marcar* ***NO*** *precise* ¿Por qué no se realizó?	***→ Pase a la Pregunta 28 y siguientes:***			

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?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes				
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)** 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: _____			

III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

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

28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	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?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
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		**SI**	**NO**	**NS/NR**
28.3	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.		**SI**	**NO**	**NS/NR**
28.4	Si la respuesta es "SI" el Programa le brindo asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.		**SI**	**NO**	**NS/NR**
28.5	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
28.6	Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena *Explique:* ***No fue suficiente de una capacitación.***			**NS/NR**
29	¿El ultimo año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes				
29.1	¿Cuál fue la modalidad?	**(a)** Presencial **(b)** Virtual			
29.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	**(a)** 1 sola vez **(b)** 2 veces **(c)** 3 veces **(d)** 4 veces a màs			**NS/NR**
29.3	¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**
30	¿El ultimo año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes				
30.1	¿Cuál fue la modalidad?	**(a)** Presencial **(b)** Virtual			
30.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	**(a)** 1 sola vez **(b)** 2 veces **(c)** 3 veces **(d)** 4 veces a màs			**NS/NR**
30.3	¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
30.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	**(a)** Muy mala **(b)** Mala **(c)** Regular **(d)** Buena **(e)** Muy Buena			**NS/NR**

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 (vìa telefònica, whatsApp u otro medio no presencial)?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
32	En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
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?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
34	¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted	**(a)** 15 dias **(b)** 1 mes **(c)** 2 meses **(d)** mas de 3 meses			**NS/NR**
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
35.1	*De marcar NO precise* la dificultad:	**Cuando se marca, te pasan a otro operador y te hacen esperar mucho o se suspende**			

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO 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**	**NO**	**NS/NR**
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	**942 161 945**	**FICHA DE ENTREVISTA**	FEBRERO 2022	**CODIGO N° V-007-2022-PAS-D**
Teléfono Nacional:	**984 056 206**	**OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO**		
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	**(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA**	

1	**FECHA INICIAL de la entrevista:**	__10__/__03__/_2022_/	**2**	**HORA INICIAL de la entrevista:**	__11__:_15____

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la entrevista debe ser unicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.

B) PRECISE EL BIMESRE DE PAGO QUE SE VIGILA: ***(a) Enero - Febrero*** ***(b) Marzo - Abril*** ***(c) Mayo - Junio*** ***(d) Julio - agosto*** ***(e) Setiembre - octubre*** ***(d) Noviembre - diciembre***

39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	*Puede ampliar la respuesta en observaciones*	**SI**	**NO**	**NS/NR**
40	**OBSERVACIONES (o dificultades)**	**No tan fluida la comunicación con la sede central y escasas capacitaciones.**			
41	**RECOMENDACIONES**				
42	**FECHA FINAL de la entrevista:**	__10__/__03__/_2022_/	**44**	**HORA FINAL de la entrevista:**	__12_:_10__

DATOS DEL VEEDOR-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 TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:	Rolando Valentín Arias	**Nombres y Apellidos:**	Rolando Valentín Arias
DNI:	04000520	**DNI:**	04000520
Cargo:	Responsable regional CTVC Pasco	**Cargo:**	Responsable regional CTVC Pasco
Correo electrónico:	pasco.rrctvcperu@gmail.com	**Correo electrónico:**	pasco.rrctvcperu@gmail.com
Teléfono:	942161945	**Teléfono:**	942161945