

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS**

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Iquitos, 19 de abril de 2022

**OFICIO N°005-2022-CTVC/LORETO IQUITOS**

Señor (a)

**DIANA ELIZBETH PRUDENCIO GAMIO**

Directora Ejecutiva

Programa Nacional del Proceso de Entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza - **CONTIGO**

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA ocho (08) 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 los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- CASO N° 0005-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0006-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0007-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0008-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0009-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0010-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0011-2022-CTVC/IQU
- CASO N° 0012-2022-CTVC/IQU

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

  
ELVA ROSA CARMONA DE CHU  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
CTVC-LORETO-IQUITOS



<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 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. IQUITOS: 942161156<br>Telf. LIMA: 951864589        |  | CASO                                                 |  | N° 009-2022-CTVC/IQU                                                                                       |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                         |  | CONTIGO                                              |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 10/03/2022                                                                           |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:                     |  |                                                      |  |                                                                                                            |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                    |  | GARCIA MELENDEZ IVONNE                               |  | 3. NÚMERO-DNI: 05716023                                                                                    |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                              |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA |  | 5. CARGO: PRESIDENTA                                                                                       |  |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:                             |  |                                                      |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 10/03/2022                                                                         |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                         |  | LORETO                                               |  | 8. PROVINCIA: REQUENA                                                                                      |  |
| 9. DISTRITO:                                             |  | REQUENA                                              |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: CALLE SAN FRANCISCO S/N                                                                |  |
| 11. PROCESO:                                             |  | GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO                           |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? 44006048-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE REQUENA |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                               |  | 79                                                   |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 04                                                                        |  |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES): |  |                                                      |  |                                                                                                            |  |

Con fecha 10/03/2022 durante las acciones de veeduría en contexto no presenciales del Programa Contigo, la presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Requena entrevistó a la Señora Joissy Ámbar Hidalgo Ruíz, con DNI N° 44006048, responsable de la OMAPED de la provincia, recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-035-2022-IQU-D, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIÓ CAPACITACIÓN/ ASISTENCIA TÉCNICA SOBRE USO DE LA APLICACIÓN USUARIO ALIADO (OMAPED/OREDIS).** La responsable de la OMAPED manifestó que cuenta con usuario y contraseña, pero no le brindaron asistencia técnica sobre el correcto uso de dicha aplicación y los tramites de autorización del cobro. Por ello solicita que de manera urgente se le brinde asistencia técnica y capacitación sobre los procesos operativos del programa.
2. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.** Durante la entrevista realizada a la Señora Joissy Ámbar Hidalgo Ruíz, responsable de la OMAPED, se le preguntó si en los últimos 4 meses el programa Contigo realizó el monitoreo de la entrega de la pensión no contributiva a los usuarios, respondió: que "NO, soy yo la única persona que realizo el monitoreo y visitas domiciliarias a los usuarios del programa, para verificar que uso le dan a la pensión otorgada por el programa".
3. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.** En la entrevista telefónica la responsable de la OMAPED de Requena, manifiesta que durante los últimos 06 meses NO se ha realizado servicio complementario especializado para contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios/as del distrito de su jurisdicción. La cual estaría contraviniendo lo dispuesto en la **RDE-036-2021-MIDIS/PNPDS-DE** en los siguientes numerales: "7.1.1 Componentes de "Derechos, cuidado y salud" Centrado en promover el ejercicio de derechos de las personas con discapacidad severa, a través de la efectivización de la pensión no

contributiva, la promoción del cuidado, accesibilidad y/o habitabilidad de la vivienda de la persona con discapacidad severa, buscando su autonomía y brindando información sobre sus derechos con énfasis en el derecho a la salud y la educación.” 7.12. Componente de “Gestión de Redes de Apoyo” La gestión de redes de apoyo, involucra al usuario, los/as cuidadores/as y los aliados estratégicos para lograr acuerdos a favor de la inclusión y el ejercicio de los derechos de la persona con discapacidad severa; a través del fortalecimiento de capacidad de los/as cuidadores/as, promoviendo redes de apoyo entre pares y buscando el reconocimiento de su labor; estos a su vez buscan movilizar a los aliados estratégicos que brindan servicios complementarios para las personas con discapacidad severa, promoviendo a su vez acciones de sensibilización con la finalidad de promover sus reconocimientos como sujetos de derecho, (...). ”.

- 4. NO SE BRINDA INFORMACIÓN COMPLETA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA (OMAPED, USUARIOS/AS, POTENCIALES USUARIOS/AS).** Durante la entrevista realizada a la responsable de la OMAPED manifestó que, para brindar información de calidad a los usuarios, trato en varias oportunidades de comunicarse con la sede central del programa Contigo y absuelvan sus dudas, sin embargo, no contestan las llamadas (se llamó al número (01) 644-9006).

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONNES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del Proceso de Entrega y Acompañamiento de la Pensión No Contributiva que se brinda, y en cumplimiento a los lineamientos técnicos del Programa CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Se promueva el desarrollo de acciones de fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica a los responsables de OMAPED para garantizar el éxito de la intervención del Programa.
- Se garantice el cumplimiento de las estrategias de articulación intra e intersectorial que impulsa el programa en el territorio para el logro de los objetivos institucionales.
- Se solicita al programa después de verificar el caso pueda informar al CTVC de manera formal sobre las acciones implementadas en atención a la resolución del caso que representa necesidad de urgente atención.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01 Folio)

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-035-2022-IQU-D (01

  
 ELVA ROSA CARMONA DE CHU  
 Responsable Regional del Equipo Técnico  
 CTVC-LORETO-IQUITOS



| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS<br>VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|------------------------------|
| Teléfono Regional: 942161156                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | FICHA DE ENTREVISTA                                           |                              |
| Teléfono Nacional: 951864589                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO                            |                              |
| (Xa) 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: 14:00                        |                              |
| NOTA IMPORTANTE:                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 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 BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA: (Xa) 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:                                                                                                                                                                                                  | LORETO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 4 PROVINCIA:                                                  | REQUENA                      |
| 5 DISTRITO:                                                                                                                                                                                                      | REQUENA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 6 Dirección de la Municipalidad:                              | CALLE SAN FRANCISCO S/N      |
| I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 7 N° DNI del Informante:                                                                                                                                                                                         | 44006048                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 8 Apellidos y nombres del Informante:                         | HIDALGO RUIZ JOISSY ÁMBAR    |
| 9 Edad del Informante:                                                                                                                                                                                           | 37                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 10 Sexo del Informante                                        | Femenino ( X ) Masculino ( ) |
| 11 Teléfono/celular del Informante:                                                                                                                                                                              | 929496095                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 12 Presenta alguna discapacidad: marque con X                 | SI ( ) NO ( X )              |
| 13 Fecha que inició labores en OMAPED                                                                                                                                                                            | 1/10/2020                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
| 14 Nivel de instrucción del Informante:                                                                                                                                                                          | (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (Xg) Superior                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                               |                              |
| 15 Idioma predominante del Informante:                                                                                                                                                                           | (Xa) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 16 ¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?                                                                                                                                                      | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 17 ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?                                                                                                                                           | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 18 ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?                                                                                                                                              | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 21 ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?                                                                                                                                          | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 22 ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?                                                                                                                                                        | XSI 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. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN 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)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| 24 ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?                                                                                                                               | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                               |                              |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes)                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 25 ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?                                                                                                                                                        | XSI 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. VERIFICACIÓN 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?                                                                                                                             | XSI NO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 26.1 De marcar NO, ¿Por qué no se realizó?                                                                                                                                                                       | Y 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 XNO 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<br>(b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro<br>(c) Dificil acceso al banco/cajero<br>(d) Banco/cajero cerrado/no atiende<br>(e) No abonaron la cuenta del usuario<br>(f) Bloquearon la cuenta del usuario<br>(g) Pérdida de tarjeta del usuario<br>(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 ¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?                                                                                                                            | XSI 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?                                                                           | XSI 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 XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 28.3 Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.                                                                                     | SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 28.4 Si la respuesta es "SI" el Programa le brindó asistencia técnica sobre el uso de la información de los/as usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.                                     | SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 28.5 Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?                                                                        | SI XNO 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 (Xd) Buena (e) Muy Buena                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                              |
| Explique: NOS AYUDA EN LAS CONSULTAS DE LOS USUARIOS.                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 29 ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?                                                                                  | XSI NO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| (De marcar NO - NS/NR, pase a la Pregunta 30 y siguientes)                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 29.1 ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                                                                                     | (a) Presencial (Xb) Virtual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                               |                              |
| 29.2 ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?                                                                                                                                        | (Xa) 1 sola vez (b) 2 veces (c) 3 veces (d) 4 veces a más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
| 29.3 ¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?                                                                                                                                                                 | XSI NO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 29.4 ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?                                                                                                                                                    | (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (Xd) Buena (e) Muy Buena                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                               |                              |
| 30 ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?                                                                                                         | SI XNO 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 ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?                                                                                                                                        | (a) 1 sola vez (b) 2 veces (c) 3 veces (d) 4 veces a más                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                              |
| 30.3 ¿Lo 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                               |                              |
| 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)?                          | XSI 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 XNO 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 XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 34 ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted como responsable de la                                                                                                       | (a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (Xd) mas de 3 meses                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                               |                              |
| 35 ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?                                                                                                                                       | SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                               |                              |
| 35.1 De marcar NO, precise la dificultad: NO CONTESTAN LAS LLAMADAS Y LOS MENSAJES DEL WHATSAPP.                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 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 XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                              |
| 37 ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?                                                                                                                                                | Puede ampliar la respuesta en observaciones SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                              |
| 38 ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                                                                                                        | Puede ampliar la respuesta en observaciones SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                              |
| 39 ¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                                                                                                               | Puede ampliar la respuesta en observaciones SI XNO NS/NR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                               |                              |
| 40 OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 41 RECOMENDACIONES QUE CONTESTEN LAS LLAMADAS DE MANERA OPORTUNA                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                               |                              |
| 42 FECHA FINAL de la entrevista: 10/03/2022                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 44 HORA FINAL de la entrevista: 14:30                         |                              |
| DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL                 |                              |
| DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA            |                              |
| QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |                              |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                                                             | IVONNE GARCÍA MELENDEZ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Nombres y Apellidos:                                          | DARWIN GAVIRIA GARCIA        |
| DNI:                                                                                                                                                                                                             | 05716023                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DNI:                                                          | 40680530                     |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                           | Presidenta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Cargo:                                                        | RC - CTVC                    |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Correo electrónico:                                           | loreto.1rctvperu@gmail.com   |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                        | 910742511                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Teléfono:                                                     | 994423605                    |