

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL AMAZONAS CONDORCANQUI**

*“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”*

**OFICIO N°001-2020-CTVC/CONDORCANQUI**

Santa María de Nieva, 29 enero de 2021

Señora:

**Jessica Cecilia Niño De Guzman Esaine**

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza-CONTIGO

Condorcanqui.-

**Asunto: Se ALERTA 04 CASOS.**

De mi mayor consideración:

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

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 001-2020-CTVC/COND
- CASO N° 002-2020-CTVC/COND
- CASO N° 003-2020-CTVC/COND
- CASO N° 004-2020-CTVC/COND

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,



**Marco Antonio Mori Reap**  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
**CTVC-AMAZONAS CONDORCANQUI.**

<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.

**Jr. Iquitos S/N, Centro Poblado Juan Velasco Alvarado, Nieva, oficinas de  
Coordinación del MIDIS, espalda del Programa Qali Warma.**

**Celular: 994423735**

**[http:// www.ctvcperu.org](http://www.ctvcperu.org)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. REGIONAL: (#) 994423735  
Telf. LIMA: (#) 951864589

### CASO

N° 001-2021-CTVC/CON

|                                                                                      |                                             |                                  |                       |
|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|----------------------------------|-----------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     | CONDORCANQUI                                | 1. FECHA DE REGISTRO:            | 23/12/2020            |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:</b>                                 |                                             |                                  |                       |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                | MORI REAP MARCO ANTONIO                     | 3. NÚMERO-DNI:                   | 45013727              |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          | COMITÉ TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | 5. CARGO:                        | RESPONSABLE REGIONAL  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |                                             | 6. FECHA DE OCURRENCIA:          | 23/12/2020            |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     | AMAZONAS                                    | 8. PROVINCIA:                    | BAGUA                 |
| 9. DISTRITO:                                                                         | BAGUA                                       | 10. CCPP/DIRECCIÓN:              | BAGUA                 |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:                                           | GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO                  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?   | VEEDURIA VIA TELEFONO |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           | -----                                       | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: | 01                    |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |                                             |                                  |                       |

El 23/12/2020, se realizó la veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familias, donde a través del diálogo telefónico se aplicó una Ficha de Veeduría N° V-071-2020-CON-D, teniendo como informante a la Srta. Camila Tuesta Chávez, mediante la cual se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA.** Durante la entrevista realizada al responsable de OMAPED manifestó que tiene dificultades para comunicarse (no contestan el teléfono y los correos electrónicos) con la sede central del programa Contigo, esto ocasiona que no se brinde información completa y oportuna a los usuarios o potenciales usuarios del programa Contigo.

De lo manifestado, el Equipo Técnico hace notar:

Que la limitada comunicación por parte del programa con los responsables de OMAPED y aliados estratégicos, podría afectar la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus procesos operativos del programa.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se sugiere se mejore los niveles de coordinación con la responsable de OMAPED del distrito de Bagua, con el fin de mantener informados a los usuarios/as y potenciales usuarios del programa Contigo, en el marco del resguardo de la transparencia en las acciones del programa y la atención de calidad que impulsa el programa.
- Se solicita revisar el caso alertado y se realice las indagaciones respectivas del punto crítico y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.
- El programa promueva el cumplimiento del Decreto Supremo N° 004-2013- PCM, publicado en el diario oficial El Peruano el 09 de enero de 2013, que establece una Política de Modernización, que tiene por objetivo general orientar, articular e impulsar, en todas las entidades públicas, el proceso de modernización hacia una gestión pública con resultados que impacten positivamente en el bienestar del ciudadano y en el desarrollo del país

1. Copia de la Ficha de veeduría cód. N° V-071-2020-CON-D. (01 folio).



.....  
**Marco Antonio Mori Reap**  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
**CTVC-AMAZONAS CONDORCANQUI.**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 994423735

Teléfono Nacional: 951864589

## FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-071-2020-CON-D

SEDE REGIONAL AMAZONAS CONDOCANQUI

VIGILANCIA A LA GESTION DE

LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA - GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA CONIGO

## ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA OMAPED

|                                                              |                                      |                                                                                                                         |   |                                     |                             |
|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------|-----------------------------|
| a                                                            | Fecha de la entrevista:              | 23/12/2021                                                                                                              | b | Hora de entrevista:                 | INICIO: 10:31 FINAL: 11:15  |
| I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de OMAPED): |                                      |                                                                                                                         |   |                                     |                             |
| c                                                            | N° DNI del Informante:               | 48149139                                                                                                                | d | Apellidos y nombres del Informante: | Camila Teodoro Chaver       |
| e                                                            | Fecha de nacimiento del Informante:  | 01/02/1991                                                                                                              | f | Edad del Informante:                | 30                          |
| g                                                            | Sexo del Informante:                 | Femenino (X) Masculino ( )                                                                                              | h | Teléfono celular del Informante:    | 969808629                   |
| i                                                            | Presenta alguna discapacidad:        | SI ( ) NO (X)                                                                                                           | j | Fecha que inició labores en OMAPED  | 02/01/1991                  |
| k                                                            | Nivel de instrucción del Informante: | a) Sin nivel ( ) b) Inicial ( ) c) Primaria ( ) d) Secundaria ( ) e) Básica especial ( ) f) Técnico ( ) g) Superior (X) |   |                                     |                             |
| l                                                            | Idioma predominante del Informante:  | a) Castellano / Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros:                       |   |                                     |                             |
| m                                                            | DEPARTAMENTO:                        | Amazonas                                                                                                                | n | PROVINCIA:                          | Bagaya                      |
| o                                                            | DISTRITO:                            | Bagaya                                                                                                                  | p | Dirección de la Municipalidad:      | Av. Herón del Compa N° 1060 |

## II. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

## A. SOBRE LA AFILIACION AL PROGRAMA

|     |                                                                                    |                                                                                           |                                        |                                |                             |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 1   | ¿Usted sabe en qué consiste el Programa Conigo?                                    | (Para confirmar la respuesta pide al informante que explique brevemente el punto)         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 2   | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Conigo?                 | (Para confirmar la respuesta pide al informante que explique brevemente el punto)         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 3   | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Conigo?                    | (Para confirmar la respuesta pide al informante que explique brevemente el punto)         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 4   | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?         | (Para confirmar la respuesta pide al informante que explique brevemente el punto)         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 5   | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Conigo? | (Para confirmar la respuesta pide al informante que explique brevemente el punto)         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 6   | ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Conigo?                | (De marcar NO, pase a la pregunta 8 y siguientes)                                         | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 7   | ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación en esta oficina?             |                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 7.1 | De marcar NO, diga cuánto es el costo:                                             | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( ) |                                        |                                |                             |

## B. SOBRE AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA:

|      |                                                                                               |                                                                                     |                                        |                                |                             |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 8    | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Conigo? |                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 9    | ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Conigo?                | (De marcar NO, pase a la pregunta 11 y siguientes)                                  | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 10   | ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro en esta oficina?                        |                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 10.1 | De marcar NO, diga cuánto se paga:                                                            | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 a más ( ) |                                        |                                |                             |

## C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSION (COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA):

|      |                                                                                                                        |  |                                        |                                |                             |
|------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 11   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020)?        |  | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 11.1 | De marcar NO, ¿Por qué no se realizó?                                                                                  |  |                                        |                                |                             |
| 12   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre septiembre-octubre (Padrón V-2020)?   |  | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 12.1 | De marcar NO, ¿Por qué no se realizó?                                                                                  |  |                                        |                                |                             |
| 13   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020)? |  | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |

## C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)

|      |                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                        |                                        |                                |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|
| 14   | ¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR |
| 14.1 | ¿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 Conigo demora el trámite de autorización de cobro ( )<br>c) Dificil acceso a 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: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

## D. CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ASISTENCIA REMOTA)

|      |                                                                                                                                         |                                                                          |                                        |                                |                             |
|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------|
| 15   | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de afiliación y elaboración del padrón por parte del Programa Conigo?   | (De marcar NO - NSINR Pase a la Pregunta 16 y siguientes)                | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 15.1 | ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                 | a) Presencial ( ) b) Virtual (X)                                         |                                        |                                |                             |
| 15.2 | ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?                                                                    | a) 1 sola vez ( ) b) 2 veces ( ) c) 3 veces (X) d) 4 veces a más ( )     |                                        |                                |                             |
| 15.3 | ¿Le capacitaron en el idioma que usted usa?                                                                                             |                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 15.4 | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?                                                                                | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena (X) |                                        |                                |                             |
| 16   | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de transferencia y entrega de la pensión por parte del Programa Conigo? | (De marcar NO - NSINR Pase a la Pregunta 17 y siguientes)                | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 16.1 | ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                 | a) Presencial ( ) b) Virtual (X)                                         |                                        |                                |                             |
| 16.2 | ¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?                                                                    | a) 1 sola vez (X) b) 2 veces ( ) c) 3 veces ( ) d) 4 veces a más ( )     |                                        |                                |                             |
| 16.3 | ¿Le capacitaron en el idioma que usted usa?                                                                                             |                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR | <input type="checkbox"/> NA |
| 16.4 | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?                                                                                | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena (X) |                                        |                                |                             |

## E. SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL

|      |                                                                                                                                                                                      |                                                                  |                                        |                                        |                                           |
|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------|
| 17   | 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)? |                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | <input checked="" type="checkbox"/> NSINR |
| 18   | En los 4 últimos meses ¿El programa Conigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?                                                             |                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | <input checked="" type="checkbox"/> NSINR |
| 19   | 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?                        |                                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO            | <input checked="" type="checkbox"/> NSINR |
| 20   | ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Conigo no se comunica con el responsable de la OMAPED?                                                                               | a) 15 días ( ) b) 1 mes (X) c) 2 meses ( ) d) Mas de 3 meses ( ) |                                        |                                        |                                           |
| 21   | ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Conigo?                                                                                                               | No contestan el telefono ni los correos                          | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> NSINR            |
| 21.1 | De marcar NO, ¿Por qué no puede comunicarse?                                                                                                                                         |                                                                  |                                        |                                        |                                           |

## 22. OBSERVACIONES

## 23. RECOMENDACIONES

DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE  
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

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

|                      |  |                      |                           |
|----------------------|--|----------------------|---------------------------|
| Nombres y Apellidos: |  | Nombres y Apellidos: | Mari Reap Marco Antonio   |
| DNI:                 |  | DNI:                 | 45013177                  |
| Cargo:               |  | Cargo:               | Responsable Regional      |
| Correo electrónico:  |  | Correo electrónico:  | amazonas.2rr@bcepsind.org |
| Teléfono:            |  | Teléfono:            | 994423735                 |