

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**UNIDAD TERRITORIAL SAN MARTÍN**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Morales, 29 de marzo de 2022

**OFICIO N°013-2022-CTVC/SAN MARTÍN**

Señor (a):

**Diana Elizabeth Prudencio Gamio**

Directora Ejecutiva

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

**Asunto: Se ALERTA seis (06) 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). 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 los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- |                            |                            |
|----------------------------|----------------------------|
| • CASO N°014-2022-CTVC/SAN | • CASO N°017-2022-CTVC/SAN |
| • CASO N°015-2022-CTVC/SAN | • CASO N°018-2022-CTVC/SAN |
| • CASO N°016-2022-CTVC/SAN | • CASO N°019-2022-CTVC/SAN |

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de los mismos.

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

Atentamente,



.....  
**Jeanette Flores Ruiz**  
Responsable Regional

<sup>1</sup> Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:  
942158973 - 920033057  
Telf. LIMA: 945095602

## CASO

N° 0014-2022-CTVC/SAN

|                                                                 |                                                                |                                                     |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                | CONTIGO                                                        | 1. Fecha de REGISTRO:                               | 07/03/2022                                           |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>                     |                                                                |                                                     |                                                      |
| 2. Apellidos Nombres:                                           | BAUTISTA MONTEZA CESAR AUGUSTO                                 | 3. Número-DNI:                                      | 00812010                                             |
| 4. Organización/Institución                                     | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SORITOR | 5. Cargo:                                           | PRESIDENTE                                           |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>                             |                                                                | 6. Fecha de OCURRENCIA:                             | 07/03/2022                                           |
| 7. Departamento:                                                | SAN MARTÍN                                                     | 8. Provincia:                                       | MOYOBAMBA                                            |
| 9. Distrito:                                                    | SORITOR                                                        | 10. CCPP/Dirección:                                 | SORITOR                                              |
| 11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:                     | GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO                                     | 12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención? | 41012247-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE SORITOR |
| 13. Cantidad de Afectados:                                      | 103                                                            | 14. Cantidad de Puntos Críticos:                    | 1                                                    |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b> |                                                                |                                                     |                                                      |

En el marco de las acciones de vigilancia al Programa CONTIGO, el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Soritor, realizó una entrevista a la responsable de OMAPED, Sra. **Elizabeth Ventura López**, identificada con DNI N° 41012247, mediante ficha de entrevista N° V-026-2022-SAN-D, se identificó el siguiente punto crítico:

**1. NO SE BRINDA INFORMACIÓN COMPLETA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA A: OMAPED, USUARIOS/AS, POTENCIALES USUARIOS/AS.**

Durante la entrevista, se pudo conocer que la responsable de OMAPED, presenta dificultades para comunicarse a través de llamada telefónica, con la sede central del Programa Contigo. Por lo cual, se identifica una situación crítica, ya que los aliados estratégicos (OMAPED) no estarían recibiendo Tele Atenciones Personalizadas (TAP) a través de llamadas directas. Cabe señalar, también, que según versión del entrevistado hace más 3 meses que no mantiene comunicación con ningún funcionario/servidor del Programa Contigo.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

- Se recomienda mejorar las estrategias de comunicación directa, rápida y oportuna con los aliados estratégicos (OMAPED) en territorio a nivel nacional toda vez que son el brazo operativo del programa en distritos en los que no existe personal de campo del programa.
- Se solicita, verificar el caso alertado, asimismo se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

1. Ficha de Entrevista: V-026-2022-SAN-D (03 folios)



**Iris Gandy Vasquez Huaman**

Responsable de Campo

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

Sede San Martin



## ANEXOS

### 1. Ficha de Entrevista: V-026-2022-SAN-D (03 folios)

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| SEDE REGIONAL SAN MARTIN                                                                                                                                                                        |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO                                                                  |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| Teléfono Regional:                                                                                                                                                                              | 942158973 - 920030057                                                                          | <b>FICHA DE ENTREVISTA</b>                                                                                           |                                      | <b>CODIGO N° V-026-2022-SAN-D</b>          |                                                          |
| Teléfono Nacional:                                                                                                                                                                              | 945095602                                                                                      | <b>OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO</b>                                                                            |                                      |                                            |                                                          |
|                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                | (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA                                                                                | (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA |                                            |                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                               | FECHA INICIAL de la entrevista:                                                                | <u>07/03/2022/</u>                                                                                                   | 2                                    | HORA INICIAL de la entrevista:             | <u>11:35 Hrs.</u>                                        |
| <b>NOTA IMPORTANTE:</b>                                                                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| A) La aplicación de la entrevista debe ser unicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.                                                           |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| B) <u>PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA:</u> (a) Enero - Febrero    (b) Marzo - Abril    (c) Mayo - Junio    (d) Julio - agosto    (e) Setiembre - octubre    (d) Noviembre - diciembre |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| <b>I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:</b>                                                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 3                                                                                                                                                                                               | DEPARTAMENTO:                                                                                  | <u>SAN MARTIN</u>                                                                                                    | 4                                    | PROVINCIA:                                 | <u>MOYOBAMBA</u>                                         |
| 5                                                                                                                                                                                               | DISTRITO:                                                                                      | <u>SORITOR</u>                                                                                                       | 6                                    | Dirección de la Municipalidad:             | <u>SORITOR</u>                                           |
| <b>I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):</b>                                                                                                                          |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 7                                                                                                                                                                                               | N° DNI del Informante:                                                                         | <u>41012247</u>                                                                                                      | 8                                    | Apellidos y nombres del Informante:        | <u>VENTURA LOPEZ, ELIZABETH</u> <input type="checkbox"/> |
| 9                                                                                                                                                                                               | Edad del Informante:                                                                           | <u>40 años</u>                                                                                                       | 10                                   | Sexo del Informante                        | Femenino ( X )    Masculino ( )                          |
| 11                                                                                                                                                                                              | Teléfono/celular del Informante:                                                               | <u>952246694</u>                                                                                                     | 12                                   | Presenta alguna discapacidad. marque con X | SI ( )    NO (X)                                         |
| 13                                                                                                                                                                                              | Fecha que inició labores en OMAPED                                                             | <u>1/02/2020</u>                                                                                                     |                                      |                                            |                                                          |
| 14                                                                                                                                                                                              | Nivel de instrucción del Informante:                                                           | (a) Sin nivel    (b) Inicial    (c) Primaria    (d) Secundaria    (e) Básica especial    (f) Técnico    (g) Superior |                                      |                                            |                                                          |
| 15                                                                                                                                                                                              | Idioma predominante del Informante:                                                            | (a) Castellano/Español    (b) Quechua    (c) Aymara    (d) Ashaninka    (e) Awajún    (f) Otro: _____                |                                      |                                            |                                                          |
| <b>II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| <b>A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA</b>                                                                                                                                    |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 16                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?                                       | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 17                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?                            | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 18                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?                               | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 19                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 20                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?            | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 21                                                                                                                                                                                              | ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?                           |                                                                                                                      |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| <b>(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)</b>                                                                                                                                       |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 22                                                                                                                                                                                              | ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?                                         |                                                                                                                      |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 22.1                                                                                                                                                                                            | De marcar NO, diga cuánto es el costo:                                                         | (a) 1 a 10 soles    (b) 11 a 20 soles    (c) 21 a 50 soles    (d) 51 soles a más                                     |                                      |                                            |                                                          |
| <b>B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN</b>                                                                                        |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 23                                                                                                                                                                                              | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)                                    |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 24                                                                                                                                                                                              | ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?                |                                                                                                                      |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| <b>De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes</b>                                                                                                                                         |                                                                                                |                                                                                                                      |                                      |                                            |                                                          |
| 25                                                                                                                                                                                              | ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?                                         |                                                                                                                      |                                      | SI                                         | NO    NS/NR                                              |
| 25.1                                                                                                                                                                                            | De marcar NO, diga cuánto se paga:                                                             | (a) 1 a 10 soles    (b) 11 a 20 soles    (c) 21 a 50 soles    (d) 51 soles a más                                     |                                      |                                            |                                                          |

| C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL BIMESTRE)       |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------------------------------------------------------------|------------|-----|---------|-----|---------|-----|---------------|-------|-----------|-------|
| 26                                                                                                                               | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?                                                                                                           |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 26.1 De marcar <b>NO</b> precise ¿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      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| De marcar <b>NO</b> Pase a la Pregunta 28 y siguientes                                                                           |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| 27.1                                                                                                                             | ¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? (Puede marcar más de una opción:)                                               | (a)             | La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (b)             | El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro       |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (c)             | Difícil acceso al banco/cajero                                       |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (d)             | Banco/cajero cerrado/no atiende                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (e)             | No abonaron la cuenta del usuario                                    |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (f)             | Bloquearon la cuenta del usuario                                     |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (g)             | Pérdida de tarjeta del usuario                                       |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | (h)             | Otros Precise: _____                                                 |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO                                                                                         |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO) |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| 28                                                                                                                               | ¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?                                                                                                          |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| De marcar <b>NO - NS/NR</b> Pase a la Pregunta 29 y siguientes                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| 28.1                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?                                                            |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 28.2                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 28.3                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI", el Programa le brinda asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.                                                                     |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 28.4                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI" el Programa le brinda asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos perso |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 28.5                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI", el Programa le brinda materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?                                                        |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 28.6                                                                                                                             | Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?:                                                                                              |                 | (a)                                                                  | Muy mala   | (b) | Mala    | (c) | Regular | (d) | Buena         | (e)   | Muy Buena | NS/NR |
|                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                             | Explique: _____ |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| 29                                                                                                                               | ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?                                                                |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| De marcar <b>NO - NS/NR</b> Pase a la Pregunta 30 y siguientes                                                                   |                                                                                                                                                                                             |                 |                                                                      |            |     |         |     |         |     |               |       |           |       |
| 29.1                                                                                                                             | ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                                                                     |                 | (a)                                                                  | Presencial | (b) | Virtual |     |         |     |               |       |           |       |
| 29.2                                                                                                                             | ¿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 | NS/NR |           |       |
| 29.3                                                                                                                             | ¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?                                                                                                                                                 |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 29.4                                                                                                                             | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:                                                                                                                                   |                 | (a)                                                                  | Muy mala   | (b) | Mala    | (c) | Regular | (d) | Buena         | (e)   | Muy Buena | NS/NR |
| 30                                                                                                                               | ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?                                                                                       |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| De marcar <b>NO - NS/NR</b> 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 | NS/NR |           |       |
| 30.3                                                                                                                             | ¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?                                                                                                                                                 |                 |                                                                      |            |     |         |     | SI      | NO  | NS/NR         |       |           |       |
| 30.4                                                                                                                             | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:                                                                                                                                   |                 | (a)                                                                  | Muy mala   | (b) | Mala    | (c) | Regular | (d) | Buena         | (e)   | Muy Buena | NS/NR |

| VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| 31                                                                                                                                                                        | En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPED, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (via telefónica, whatsapp u otro medio no presencial)? | SI                                                                                                                                                                   | NO                                | NS/NR                        |
| 32                                                                                                                                                                        | En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?                                                            | SI                                                                                                                                                                   | NO                                | NS/NR                        |
| 33                                                                                                                                                                        | En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicio complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?                        | SI                                                                                                                                                                   | NO                                | NS/NR                        |
| 34                                                                                                                                                                        | ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted                                                                                                     | (a) 15 días                                                                                                                                                          | (b) 1 mes                         | (c) 2 meses                  |
| 35                                                                                                                                                                        | ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?                                                                                                              | SI                                                                                                                                                                   | NO                                | NS/NR                        |
| 35.1                                                                                                                                                                      | De marcar NO precise la dificultad: <b>POCA COMUNICACIÓN POR CELULAR</b>                                                                                                             |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo                                             |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| 36                                                                                                                                                                        | ¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?                                                                                             | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                          |                                   | SI NO NS/NR                  |
| 37                                                                                                                                                                        | ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?                                                                                                                       | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                          |                                   | SI NO NS/NR                  |
| 38                                                                                                                                                                        | ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                                                                               | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                          |                                   | SI NO NS/NR                  |
| 39                                                                                                                                                                        | ¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                                                                                      | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                          |                                   | SI NO NS/NR                  |
| 40                                                                                                                                                                        | OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| 41                                                                                                                                                                        | RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| QUE LAS CAPACITACIONES SEAN PRESENCIALES Y QUE AMPLIEN EL PRESUPUESTO                                                                                                     |                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                      |                                   |                              |
| 42                                                                                                                                                                        | FECHA FINAL de la entrevista:                                                                                                                                                        | 7/03/2022                                                                                                                                                            | 44                                | HORA FINAL de la entrevista: |
| DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO<br>DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN |                                                                                                                                                                                      | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL<br>DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |                                   |                              |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                      | CESAR AUGUSTO BAUTISTA MONTEZA                                                                                                                                                       | Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                 | IRIS GANDY VÁSQUEZ HUAMAN         |                              |
| DNI:                                                                                                                                                                      | 00812010                                                                                                                                                                             | DNI:                                                                                                                                                                 | 74401616                          |                              |
| Cargo:                                                                                                                                                                    | PRESIDENTE                                                                                                                                                                           | Cargo:                                                                                                                                                               | RESPONSABLE DE CAMPO - SAN MARTIN |                              |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                       | cesaraugustobautista2@gmail.com                                                                                                                                                      | Correo electrónico:                                                                                                                                                  | sanmartin.1rctvcperu@gmail.com    |                              |
| Teléfono:                                                                                                                                                                 | 968140595                                                                                                                                                                            | Teléfono:                                                                                                                                                            | 920033057                         |                              |