Apurímac, 05 de abril de 2022

OFICIO Nº0015-2022-CTVC/APURIMAC

Señora
DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

Presente. -

Asunto : Se ALERTA cinco (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 (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 los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 0013-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0014-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0015-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0016-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0017-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0018-2022-CTVC/APU

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

……
Guerson Yovani Paliza Pinto
Responsable Regional

[1] Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:
1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Apurímac: 942160032 **Teléfono Nacional: 994432338**	**CASO**	**N° 0015-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**06/03/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GONZALES GUTIERREZ EDITH	**3. NÚMERO-DNI:**	44223180
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**06/03/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	GRAU
9. DISTRITO:	TURPAY	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	PLAZA DE ARMAS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	40251435-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE TURPAY
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	09	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

Durante las acciones de veeduría realizadas por la presidenta del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1 **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS**. Durante la entrevista realizada a la responsable de la OMAPED la Sra. Magally Huamanquispe Alejo, manifestó que el Programa Social durante los últimos 6 meses no ha brindado servicio complementario a los usuarios/as del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida, a través del cual se busca promover el respeto, valoración y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad severa, así como promover el acceso a servicios complementarios en el territorio, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as del programa

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos que el programa garantice el cumplimiento RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que en el numeral 7.2.3.1. destaca que; Esta estrategia “Contigo te capacita” tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los aliados estratégicos con la finalidad de mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad severa, manejo de los procedimientos del Programa, normatividad que ampara los derechos de las personas con discapacidad y estrategias de acercamiento y acceso a servicios dirigidos a personas con discapacidad severa.
- Sugerimos que el programa garantice el cumplimiento RDE 091-2020-MIDIS-PNPDS-DE, que en el **numeral 7.2.3.3 hace mención de cuatro herramientas tecnológicas que permitirían facilitar el acceso a la**

información, y la RDE-095- 2020-MIDIS/PNPDSDE sobre el Plan "Estamos Contigo: Gestión del acompañamiento y articulación 2020"

- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as

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

1. Ficha de Entrevista N° V-0035-2022-APU-D (02 folios)

……

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Entrevista N° V-0035-2022 (02 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono Regional:	942160032	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° 035-2022-APU-D
Teléfono Nacional:	994432338	(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	06 / 03 / 22	2	HORA INICIAL de la entrevista:	09:40

NOTA IMPORTANTE:

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

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

I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:

3	DEPARTAMENTO:	Apurímac	4	PROVINCIA:	Grau
5	DISTRITO:	Turpay	6	Dirección de la Municipalidad:	Plaza de armas

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

7	N° DNI del Informante:	40251435	8	Apellidos y nombres del Informante:	Huamanquispe Alejo Magally
9	Edad del Informante:	42 a.	10	Sexo del Informante	Femenino (X) Masculino ( )
11	Teléfono/celular del Informante:	983151230	12	Presenta alguna discapacidad: marque	SI ( ) NO (X)
13	Fecha que inició labores en OMAPED	01/11/2019			
14	Nivel de Instrucción del Informante:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior			
15	Idioma predominante del Informante:	(a) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:			

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

A.	**GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA**				
16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	Brinda a los personas	SI	NO	NS/NR
17	¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	CSE de pobre o PE Compicado de discapacidad.	SI	NO	NS/NR
18	¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
19	¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?	por afiliación.	SI	NO	NS/NR
20	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
21	¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?	-	SI	NO	NS/NR
	(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)		SI	NO	NS/NR
22	¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?				
22.1	De marcar NO, diga cuánto es el costo:	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más			
B.	**GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN**				
23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
24	¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
	De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes		SI	NO	NS/NR
25	¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?				
25.1	De marcar NO, diga cuánto se paga:	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más			

C.	**VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL BIMESTRE)**				
26	¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		SI	NO	NS/NR
26.1	*De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó?* ⟶ *Pase a la Pregunta 28 y siguientes:*				
C.1.	**INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE**				
27	¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?		SI	NO	NS/NR
	De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes				
27.1	¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? *(Puede marcar más de una opción:)*	(a) La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa			
		(b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro			
		(c) Difícil acceso al banco/cajero			
		(d) Banco/cajero cerrado/no atiende			
		(e) No abonaron la cuenta del usuario			
		(f) Bloquearon la cuenta del usuario			
		(g) Pérdida de tarjeta del usuario			
		(h) Otros Precise: Se demoró los trámites de autorización			

III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

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

28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
	De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes				
28.1	Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
28.2	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso		SI	NO	NS/NR
28.3	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.		SI	NO	NS/NR
28.4	Si la respuesta es "SI" el Programa le brindo asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.		SI	NO	NS/NR
28.5	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?		SI	NO	NS/NR
28.6	Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?:	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena *Explique:*			NS/NR
29	¿El ultimo año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional:	942160032	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° _____
Teléfono Nacional:	994432338	(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	

1	FECHA INICIAL de la entrevista: ___/___/___	2	HORA INICIAL de la entrevista: ___:___

NOTA IMPORTANTE:

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

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

29.1	¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial	(b) Virtual				NS/NR
29.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	(a) 1 sola vez	(b) 2 veces	(c) 3 veces	(d) 4 veces a 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 ultimo año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?					SI NO	NS/NR
	De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes						
30.1	¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial	(b) Virtual				NS/NR
30.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	(a) 1 sola vez	(b) 2 veces	(c) 3 veces	(d) 4 veces a 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 (vía 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 (d) mas de 3 meses			NS/NR
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR
35.1	*De marcar NO precise* la dificultad:			

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?	SI	NO	NS/NR
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	SI	NO	NS/NR
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/NR
39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO	NS/NR

40	OBSERVACIONES (o dificultades)
	Por la señal de internet a veces no logro escuchar toda las capacitaciones
41	RECOMENDACIONES

42	FECHA FINAL de la entrevista: 06/03/221	44	HORA FINAL de la entrevista: 09:58

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	Edith Gonzales Gutierrez	Nombres y Apellidos:	Yudy Chacon Delgado
DNI:	44223180	DNI:	44523759
Cargo:	Tercy	Cargo:	pc- CTVC
Correo electrónico:		Correo electrónico:	apurimac.ctvcperu@gmail.com
Teléfono:	929160335	Teléfono:	984046553