

Huancavelica, 20 de abril de 2022

OFICIO N° 0007-2022-CTVC/HUANCAMELICA

Señor(a)

Diana Elizabeth Prudencio Gamio

Director Ejecutivo del Programa Nacional del proceso de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA ocho (08) CASOS

De mi mayor consideración:

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

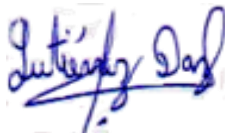
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0012-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0013-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0014-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0015-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0016-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0017-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0018-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0019-2022-CTVC/HVC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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



Yudith Isabel Gutiérrez Daza
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

Telf. HUANCVELICA: (#) 942153032
Telf. LIMA: (#)951864589

CASO

N° 0015-2022-CTVC/HVC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	10/03/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	QUISPE SAÑUDO LIBERATA	3. NÚMERO-DNI:	40113518
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	10/03/2022
7. DEPARTAMENTO:	HUANCVELICA	8. PROVINCIA:	HUANCVELICA
9. DISTRITO:	HUANCVELICA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AV. SEBASTIAN BARRANCA S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	44512525-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE HUANCVELICA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	98	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

La señora QUISPE SAÑUDO LIBERATA, en el marco de sus funciones como presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de la ciudad de Huancavelica, desarrolló acciones de vigilancia al programa Contigo, donde identificó los siguientes puntos críticos:

1. PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIÓ CAPACITACIÓN CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS / TRÁMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA

Durante la entrevista, el señor RAMOS POMA RAFAEL, quien es el encargado del OMAPED-Huancavelica, refiere que el Programa no le habría brindado asistencia técnica en el tema de Procedimiento de autorización, revocatoria y renovación de parte del programa Contigo. Lo mencionado estaría contraviniendo el numeral 7.3. Del Proceso de Gestión de la Articulación, del RDE N° 91-2020-MIDIS/PNPDS-DE, de Fortalecimiento de capacidades, en donde estipula: "Se involucra a los/las aliados/as estratégicos/as priorizados en acciones de fortalecimiento de capacidades para que contribuyan y permitan el mayor acceso a los servicios para las personas con discapacidad severa...", así mismo, en el párrafo de Asistencia Técnica, en donde refiere: "Son acciones de apoyo y orientación técnica a los/las aliados/as estratégicos/as priorizados/as, que permiten hacer posible el acceso a servicios y el ejercicio real de los derechos de las personas con discapacidad severa."

2. PROGRAMA NO ENTREGA MATERIAL INFORMATIVO PARA EL USO CORRECTO DE LOS DATOS CONTENIDO EN LA APLICACIÓN.

Del mismo modo, el señor RAMOS POMA RAFAEL, quien es el encargado del OMAPED-Huancavelica, refiere que el Programa NO le brindó materiales informativos para el uso correcto de los datos contenidos en la aplicación. Lo mencionado estaría contraponiendo a lo establecido en el 7.5.3 de la DIRECTIVA N° 13- 2021-MIDIS/PNPDS-DE Directiva de acceso y soporte de la aplicación usuario aliado del programa contigo, en donde refieren: "La Unidad de Acompañamiento, en coordinación con la Unidad de Comunicación e Imagen, desarrollará materiales informativos para el acceso y uso correcto de la información contenida en la aplicación."

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

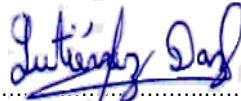
En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Gestión del Acompañamiento que se brinda a responsables de OMAPED y usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- A solicitud del responsable del OMAPED, se sugiere que REFUERZEN las acciones de Capacitación/ asistencia técnica sobre Procedimiento de autorización, revocatoria y renovación de parte del programa Contigo, señalado en el numeral 7.3 Del Proceso de Gestión de la Articulación, del RDE N° 91-2020-MIDIS/PNPDS-DE, donde hacen referencia al tema de Fortalecimiento de capacidades y Asistencia técnica para sus aliados estratégicos.

- Con el objeto de mejorar la atención a los usuarios del Programa Contigo, sugerimos garantizar el cumplimiento RDE N° 137-2021-MIDIS/PNPPD-DE de la Directiva N° 13- 2021-MIDIS/PNPDS-DE “Directiva del acceso y soporte de la aplicación usuario aliado del programa contigo”.
- El Programa, a través de sus operadores mejore sus canales de comunicación con sus aliados estratégicos, con el objetivo de brindar información oportuna a los usuarios/as, autoridades y población en general.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

1. Una (01) Copia de la Ficha de Entrevista N° V-0045-2022-HVC-D. (01 folio).



Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL HUANCABELICA									
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO									
FICHA DE ENTREVISTA									
OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO									
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA				CODIGO N°			
1 FECHA INICIAL de la entrevista:		2 HORA INICIAL de la entrevista:							
NOTA IMPORTANTE:									
A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.									
B) PRECISE EL BÍMESRE DE PAGO QUE SE VIGILA:									
(a)	Enero - Febrero	(b)	Marzo - Abril	(c)	Mayo - Junio	(d)	Julio - agosto	(e)	Septiembre - octubre
									Noviembre - diciembre
III. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO									
VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)									
¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?									
De marcar NO - NS/NR Pase a la Preguntita 29 y siguientes									
28	¿La respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?								
	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR								
28.1	¿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								
28.2	¿Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED?								
	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR								
28.3	¿Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica sobre el uso de la información de los/as usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales?								
	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR								
28.4	¿Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó materiales informativos para el uso correcto de los datos contenidos en la aplicación?								
	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR								
28.5	¿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								
28.6	Explique:								
	☒ (a) El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?								
29	De marcar NO - NS/NR Pase a la Preguntita 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 o más								
29.3	¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?								
	☐ (a) Muy mala ☐ (b) Mala ☒ (c) Regular ☐ (d) Buena ☐ (e) Muy Buena								
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?								
	☐ (a) El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR								
30	De marcar NO - NS/NR Pase a la Preguntita 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 o más								
30.3	¿Le capacitaron en el idioma que usted usa?								
	☐ (a) Muy mala ☐ (b) Mala ☐ (c) Regular ☐ (d) Buena ☐ (e) Muy Buena								
30.4	¿Como califica la capacitación brindada por el Programa?								
	☐ (a) El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?								
31	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 ¿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								
33	En los 6 últimos meses ¿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								
34	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?								
	☐ SI ☒ NO ☐ NS/NR								
35	¿De marcar NO precise la dificultad:								
	Demoran en contestar.								
IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD									
VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO 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	¿La política pública se usó a favor de algún candidato?								
	☐ SI ☒ NO ☐ NS/NR								

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANCARELICA

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

CODIGO N° 1-0045-2022-HUC-D

FICHA DE ENTREVISTA

OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

1 FECHA INICIAL de la entrevista: 10/03/22. 2 HORA INICIAL de la entrevista: 3:05 p.m.

NOTA IMPORTANTE:

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

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

I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:

3 DEPARTAMENTO: Huancavelica 4 PROVINCIA: Huancavelica 5 DISTRITO: Huancavelica 6 Dirección de la Municipalidad:

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

7 N° DNI del Informante: 44512525 8 Apellidos y nombres del informante: Ramos Poma Rafael 9 Edad del Informante: 35 10 Sexo del Informante: Femenino () Masculino (x) 11 Teléfono/celular del Informante: 999313250-975469306 12 Presenta alguna discapacidad: marque SI (x) NO () 13 Fecha que inició labores en OMAPED: 15/03/2014 14 Nivel de instrucción del Informante: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico Superior 15 Idioma predominante del Informante: (a) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:

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

A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA 16 ¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo? SI NS/NR 17 ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo? SI NS/NR 18 ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo? SI NS/NR 19 ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)? SI NS/NR 20 ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo? SI NS/NR 21 ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo? SI NS/NR (De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes) 22 ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación? SI NS/NR 22.1 De marcar NO, diga cuánto es el costo: (a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más

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

23 ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo? (Para confirmar la respuesta ir al ítem 24) SI NS/NR 24 ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo? (Para confirmar la respuesta ir al ítem 25) SI NS/NR De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes

25 ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro? SI NS/NR 25.1 De marcar NO, diga cuánto se paga: (a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más

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

26 ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre? SI 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 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.) 1. Insatisfacción

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANCavelica

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

Teléfono Regional: 942153032

Teléfono Nacional: 951864589

CODIGO N°

FICHA DE ENTREVISTA

OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

1 FECHA INICIAL de la entrevista:

2 HORA INICIAL de la entrevista:

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente el 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

39 ¿Le pidió que asista alguna reunión o milin de algún candidato?

Puede ampliar la respuesta en observaciones

SI ☒ NS/NR ☐

40 OBSERVACIONES (o dificultades)

Tienen pendiente respuestas del programa CONTIGO desde

41 RECOMENDACIONES

42 FECHA FINAL de la entrevista:

44 HORA FINAL de la entrevista:

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANADATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos:

Liberato Quispe Sañudo

Nombres y Apellidos:

WILDER CARHUAPOMA QUISPE

DNI:

40119518

DNI:

23272674

Cargo:

Presidenta

Cargo:

RESPONSABLE DE CAMPO

Correo electrónico:

Correo electrónico:

942160564

Teléfono:

928 285 490

942160564