

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Apurímac, 05 de abril de 2022

OFICIO N°0015-2022-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 CASOS¹:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| - 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° 0016-2022-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 15/03/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		FLORES HUISA ROXANA		3. NÚMERO-DNI: 44544192	
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: 15/03/2022	
7. DEPARTAMENTO:		APURÍMAC		8. PROVINCIA: ANTABAMBA	
9. DISTRITO:		OROPESA		10. CCPP/DIRECCIÓN: PLAZA DE ARMAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 70762059-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE OROPESA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		19		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02 Puntos Críticos	
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 **PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIÓ CAPACITACIÓN CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS / TRÁMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA.** Desde enero del 2021, fecha que inicio labores como responsable de la OMAPED del distrito de Oropesa, la responsable no ha recibido capacitación ni asistencia técnica en los procedimientos de afiliación, autorización, revocatoria y renovación de parte del programa Contigo. La cual estaría contraviniendo el numeral 7.2.3.1 RDE N° 95-2020-MIDIS/PNPDS-DE, donde estipula que la 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. Además, en el numeral 7.2.3.2 indica que la presencia de aliados estratégicos en el territorio es diversa, sin embargo, se priorizará a los que desarrollan acciones vinculadas a la dotación de servicios dirigidos a las personas con discapacidad; los cuales son: Gobiernos locales y Responsable o jefe de OMAPED (Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad)

- 2 **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.** Durante la entrevista realizada a la responsable de la OMAPED manifestó que el Programa Social durante los últimos 6 meses no ha brindado servicios complementarios 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-0046-2022-APU-D (02 folios)



.....
Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Entrevista N° V-0046-2022 (02 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
SEDE REGIONAL APURÍMAC			
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO			
Teléfono Regional:	942160032	FICHA DE ENTREVISTA	CODIGO N° 046-2022-PPU-D
Teléfono Nacional:	994432338	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA	
1 FECHA INICIAL de la entrevista:	15 / 03 / 2022	2 HORA INICIAL de la entrevista:	9: 20 am
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: ☒ Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre			
DATOS GENERALES DE LA OMAPED:			
3 DEPARTAMENTO:	APURIMAC	4 PROVINCIA:	ANTABAMBA
5 DISTRITO:	ORO PESA	6 Dirección de la Municipalidad:	Plaza de Armas
DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):			
7 N° DNI del Informante:	70762059	8 Apellidos y nombres del Informante:	Osorio Hina Hónica Cecilia
9 Edad del Informante:	27a	10 Sexo del Informante:	Femenino ☒ Masculino ☐
11 Teléfono celular del Informante:	916798543	12 Presenta alguna discapacidad: marque	SI ☐ NO ☒
13 Fecha que inicia labores en OMAPED:	01 / 04 / 2021		
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/ Spanish (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro		
II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA			
A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA			
16 ¿Unidad conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
17 ¿Unidad conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
18 ¿Unidad conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
19 ¿Unidad conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC-1000)?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
20 ¿Unidad conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
21 ¿Unidad ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?		SI ☐ NO ☒ NS/NR ☐	
(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)			
22 ¿Es gratuito el trámite de la afiliación?		(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más	
22.1 De marcar NO, diga cuánto es el costo:		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN			
23 ¿Unidad conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
24 ¿Unidad ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI ☐ NO ☒ NS/NR ☐	
(De marcar NO, pase a la pregunta 25 y siguientes)			
25 ¿Es gratuito el trámite de la autorización de cobro?		(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más	
25.1 De marcar NO, diga cuánto se paga:			
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: ☒ Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto			
C. VERIFICACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL BIMESTRE)			
26 ¿En su bimestre se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
26.1 De marcar NO, explique: (Por qué no se realizó?)		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
C.1 INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE			
27 ¿Usted, como responsable de la OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios?		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) Bancolcajero certero/no atiende (e) No abrieron la cuenta del usuario (f) Bloquearon la cuenta del usuario (g) Pérdida de tarjeta del usuario (h) Otros: Preciso	
III. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO			
VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)			
28 ¿Unidad sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
28.1 Si la respuesta es "SI", ¿usted como usuario y controlador para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
28.2 Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
28.3 Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda asistencia técnica para el uso de la información de los usuarios, potenciales usuarios, además del uso correcto de sus datos personales?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
28.4 Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda 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 ☒ Buena (e) Muy Buena	
28.6 Si la respuesta es "SI", ¿cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		Explique:	
29 ¿El último año, ¿usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?		SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐	
De marcar NO - NS/NR, pase a la pregunta 30 y siguientes			

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

Teléfono Nacional: 994432338

OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO

CODIGO N°

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

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

29.1 ¿Cuál fue la modalidad? (a) Presencial (b) Virtual NS/NR

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 SI NO NS/NR

29.3 ¿La capacitación en el idioma que usted usa? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena 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 SI NO NS/NR

30 ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN?

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 ¿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 SI NO NS/NR

30.3 ¿La capacitación en el idioma que usted usa? (a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena 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 SI NO 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) más de 3 meses SI NO 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. No tengo su número telefónico

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 ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato? SI NO NS/NR

39 ¿Le pidió que asista alguna reunión o mín de algún candidato? SI NO NS/NR

40 OBSERVACIONES (o dificultades)

La falta de comunicación capacitaciones

41 RECOMENDACIONES

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

42 FECHA FINAL de la entrevista: 15 / 03 / 22

44 HORA FINAL de la entrevista: 9:00pm

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 TENGO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos: Roxana Flores Huiza

Nombres y Apellidos: Xdy

DNI: 44544192

DNI: 44523759

Cargo: presidente de comité local

Cargo: RC-C7VC

Correo electrónico: roxana.flores@comite-local.org

Correo electrónico: apurimac.trctveperu@gmail.com

Teléfono: 921445668

Teléfono: 984046553