

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lima, 25 de marzo de 2022

**OFICIO N° 0041-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS**

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 tres (03) 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 los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 0029-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0030-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0031-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

Se adjunta (18 folios)

  
VLADIMIR I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

---

<sup>1</sup> Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                   |  |                                                                                |  |                                                                                               |  |
|-------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Telf. de Lima- Provincias: 984996604<br>Telf. Nacional: 984056206 |  | CASO                                                                           |  | N° 0029-2022-CTVC/LIP                                                                         |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                  |  | CONTIGO                                                                        |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 28/02/2022                                                              |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:                              |  |                                                                                |  |                                                                                               |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                             |  | RUIZ PALOMINO LUIS HERNESTO                                                    |  | 3. NÚMERO-DNI: 46328376                                                                       |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                       |  | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS |  | 5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO                                                                |  |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:                                      |  |                                                                                |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 28/02/2022                                                            |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                  |  | LIMA                                                                           |  | 8. PROVINCIA: YAUYOS                                                                          |  |
| 9. DISTRITO:                                                      |  | VIÑAC                                                                          |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: AV. MIGUEL GRAU S/N                                                       |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                         |  | GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO                                                     |  | 12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 45774415-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE VIÑAC |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS                                         |  | 07                                                                             |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 3                                                             |  |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):          |  |                                                                                |  |                                                                                               |  |

Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, se realizó la entrevista mediante llamada telefónica a la responsable de OMAPED del distrito de **VIÑAC**, identificándose el siguiente punto crítico:

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

Desde enero del 2020, inicio de labores como responsable de la OMAPED del distrito de Viñac, el 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

- ❖ Responsable o jefe de OMAPED (Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad)

#### 2. PROGRAMA NO REALIZA MONITOREO DE LA ENTREGA / USO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

En la entrevista telefónica el responsable de OMAPED de VIÑAC, manifiesta que, durante los últimos 4 meses, el Programa Contigo no realizó el monitoreo de la entrega de la pensión no contributiva a los usuarios. La cual estaría contraviniendo en numeral 5.17. la **RDE N° 091-2020-MIDIS-PNPDS-DE** donde estipula que, monitoreo del uso de la pensión no contributiva. Es el procedimiento por el cual se recoge información de los/las usuarios/as a través de visitas al hogar, que permita levantar información, analizar y hacer una retroalimentación de los usos que se le da la pensión no contributiva, lo cual permite al Programa Contigo optimizar la intervención, impactando en la mejora de la calidad de vida de las personas con discapacidad severa, usuarios/as del Programa"

#### 3. NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS

En la entrevista telefónica el responsable de OMAPED de VIÑAC, manifiesta que durante los últimos 06 meses NO se ha realizado servicio complementario especializado para contribuir a mejorar la calidad de vida de los usuarios/as del distrito de su jurisdicción. La cual estaría contraviniendo lo dispuesto en la **RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE** en los siguientes numerales: "7.1.1 Componentes de "Derechos, cuidado y salud" Centrado en promover el ejercicio de

derechos de las personas con discapacidad severa, a través de la efectivizarían de la pensión no contributiva, la promoción del cuidado, accesibilidad y/o habitabilidad de la vivienda de la persona con discapacidad severa, buscando su autonomía y brindando información sobre sus derechos con énfasis en el derecho a la salud y la educación.”

7.12. Componente de “Gestión de Redes de Apoyo” La gestión de redes de apoyo, involucra al usuario, los/as cuidadores/as y los aliados estratégicos para lograr acuerdos a favor de la inclusión y el ejercicio de los derechos de la persona con discapacidad severa; a través del fortalecimiento de capacidad de los/as cuidadores/as, promoviendo redes de apoyo entre pares y buscando el reconocimiento de su labor; estos a su vez buscan movilizar a los aliados estratégicos que brindan servicios complementarios para las personas con discapacidad severa, promoviendo a su vez acciones de sensibilización con la finalidad de promover sus reconocimientos como sujetos de derecho, (...)”

#### 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:

- Garantizar el cumplimiento RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE “Directiva de Gestión y Articulación”.
- Establecer estrategias de acompañamiento y articulación con OMAPED para promover espacios donde se brinden servicios complementarios especializados a fin de contribuir con la calidad de vida de los usuarios/as.
- Celeridad en las respuestas de los documentos de afiliación de potenciales usuarios.

Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04 folios)

1. Copia Ficha de Entrevista V-043-2022-LIP-D. (02 folios)



VLADIMIR I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|------------------------------------------------------------|----------------------------|-------|--|--|
| SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO                                                                            |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| Teléfono Regional:                                                                                                                                                                                        | 984996604                                                                                                                                                                                     | FICHA DE ENTREVISTA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |                                      |                                                            | CODIGO N °V-043-2022-LIP-D |       |  |  |
| Teléfono Nacional:                                                                                                                                                                                        | 984056206                                                                                                                                                                                     | 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:                                                                                                                                                               | 11/03/2022                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 2  | HORA INICIAL de la entrevista:       | 15:55                                                      |                            |       |  |  |
| 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: <input checked="" type="checkbox"/> Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                         | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                 | Lima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 4  | PROVINCIA:                           | Yauyos                                                     |                            |       |  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                         | DISTRITO:                                                                                                                                                                                     | Viñac                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 6  | Dirección de la Municipalidad:       | Av. Ayacucho segundo piso de la Municipalidad              |                            |       |  |  |
| I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                         | N° DNI del Informante:                                                                                                                                                                        | 45774415                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 8  | Apellidos y nombres del Informante:  | Huari De La Cruz, Crisóstomo Edgar                         |                            |       |  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                         | Edad del Informante:                                                                                                                                                                          | 36 años                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 10 | Sexo del Informante:                 | Femenino ( ) Masculino <input checked="" type="checkbox"/> |                            |       |  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                        | Teléfono/celular del Informante:                                                                                                                                                              | 961278630                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 12 | Presenta alguna discapacidad: marque | SI ( ) NO <input checked="" type="checkbox"/>              |                            |       |  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                        | Fecha que inició labores en OMAPED                                                                                                                                                            | Ene-20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                      |                            |       |  |  |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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. 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 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                                                      |                            |       |  |  |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes)                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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. 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 | NO                                   | NS/NR                                                      |                            |       |  |  |
| 26.1                                                                                                                                                                                                      | De marcar NO, ¿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 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<br>(b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro<br>(c) Dificil acceso al banco/cajero<br>(d) Banco/cajero cerrado/no atiende<br>(e) No abonaron la cuenta del usuario<br>(f) Bloquearon la cuenta del usuario<br>(g) Pérdida de tarjeta del usuario<br>(h) Otros: Precise: |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| III. PROCESO: GESTIÓN 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 brindó 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 brindó asistencia técnica sobre el uso de la información de los/as usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personal |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | SI | NO                                   | NS/NR                                                      |                            |       |  |  |
| 28.5                                                                                                                                                                                                      | Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brindó 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 |  |  |
| Explicar: Desconoce de la aplicación de usuario OMAPED porque no la capacitaron.                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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)                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 30                                                                                                                                                                                                        | ¿El último 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                      |                                                            |                            |       |  |  |
| 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                                                                                                                    | (a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) mas de 3 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 Desconoce los canales de comunicación del programa Contigo, intenta comunicarse por teléfono y no tiene éxito.                                                                                           |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| <b>IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| <b>VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo</b>                                                                                                             |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| 36                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa? | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR |
| 37                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?                           | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR |
| 38                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                   | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR |
| 39                                                                                                                                                                                                                                               | ¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                          | Puede ampliar la respuesta en observaciones                                                                                                                                   | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR |
| <b>40 OBSERVACIONES (o dificultades)</b>                                                                                                                                                                                                         |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| Desde enero del 2020, inicio de labores como responsable de la OMAPEL del distrito de Viñac, el responsable no ha recibido capacitación ni asistencia técnica en proceso de afiliación, autorización, revocatoria de parte del programa Contigo. |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| <b>41 RECOMENDACIONES</b>                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                          |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |
| <b>42 FECHA FINAL de la entrevista:</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                                                          | 11/03/2022                                                                                                                                                                    |                                                                                     |
| <b>44 HORA FINAL de la entrevista:</b>                                                                                                                                                                                                           |                                                                                          | 05:02                                                                                                                                                                         |                                                                                     |
| <b>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</b>                                                               |                                                                                          | <b>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</b> |                                                                                     |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                                                                                             | Luis Hernesto Ruiz Palomino                                                              | Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                          | Luis Hernesto Ruiz Palomino                                                         |
| DNI:                                                                                                                                                                                                                                             | 46328376                                                                                 | DNI:                                                                                                                                                                          | 46328376                                                                            |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                                                           | Responsable de campo                                                                     | Cargo:                                                                                                                                                                        | Responsable de campo                                                                |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                              | limaprovicias.2rctvcperu@gmail.com                                                       | Correo electrónico:                                                                                                                                                           | limaprovicias.2rctvcperu@gmail.com                                                  |
| Teléfono:                                                                                                                                                                                                                                        | 948620084                                                                                | Teléfono:                                                                                                                                                                     | 948620084                                                                           |