

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL TACNA**

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

**OFICIO N° 0035-2023-CTVC/TACNA**

Tacna, 16 de agosto 2023.

Señora:

Orfelina Arpasi Quispe

**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 UN (01) CASO.

De mi mayor consideración:

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

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por el equipo técnico del Comités de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente, le hago llegar el siguiente CASO:

- **CASO N° 0032-2023-CTVC/TAC.**

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

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

Atentamente,



**LUIS ALBERTO MESTA BACA**  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
CTVC-TACNA

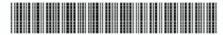


Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un Caso Resuelto es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 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.

**José Rosa Ara # 1749 – Tacna**  
**Celular: 942160201.**  
**Correo Electrónico: tacna.rrctvcperu@gmail.com**  
**Página Web: www.ctvcperu.org.pe**



## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Tacna: 942160201 Teléfono Nacional: 984056206	CASO	N° 0032-2023-CTVC/TAC
--	------	-----------------------

<b>PROGRAMA SOCIAL:</b>	<b>CONTIGO.</b>	<b>1. FECHA DE REGISTRO:</b>	<b>08/08/2023</b>
-------------------------	-----------------	------------------------------	-------------------

### I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

<b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>	MESTA BACA LUIS ALBERTO.	<b>3. NÚMERO-DNI:</b>	17447869
<b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA.	<b>5. CARGO:</b>	RESPONSABLE REGIONAL.

### II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

<b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b>	<b>08/08/2023</b>		
<b>7. DEPARTAMENTO:</b>	TACNA.	<b>8. PROVINCIA:</b>	TACNA.
<b>9. DISTRITO:</b>	CIUDAD NUEVA.	<b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>	MANUEL LORENZO DE VIDAU # 448
<b>11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA</b>	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA GESTION.	<b>12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?</b>	72974450 -RESPONSABLE OMAPED- MUNICIPALIDAD DE CIUDAD NUEVA
<b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>	1.	<b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b>	01 PUNTO CRÍTICO.

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

Durante las acciones de veeduría/vigilancia, se entrevistó a la Srta. Eyline Gallegos Hinojosa responsable encargada de la OMAPED de la municipalidad distrital de Ciudad Nueva ; de la cual se registró el siguiente punto crítico.

- 1. PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIÓ CAPACITACIÓN CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS / TRÁMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA.** Durante la entrevista manifestó que el programa NO se le brindo asistencia técnica sobre el uso del aplicativo o procesos que cuenta el programa. Asimismo tiene dificultades para comunicarse con la sede central del Programa ya que actualmente la plataforma virtual se encuentra en mantenimiento (Ver anexo 02).

Esta situación anteriormente descrita podría contravenir la RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, **Plan Estamos Contigo: Gestión Del Acompañamiento Y Articulación 2020**, en uno de sus Objetivos específicos, así como 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.**

Asimismo, en uno de sus ejes estratégicos se describen “El Programa CONTIGO toma como elemento clave la **“articulación”** para lograr la realización de acciones conjuntas en favor de la persona con discapacidad severa, ya sea para la transferencia monetaria como para el acompañamiento. En este sentido, las acciones de articulación se desarrollarán con los representantes de las diferentes instituciones involucradas en los temas de trabajo que se priorizará para cada territorio”.

Esta situación podría no garantizar el cumplimiento del marco normativo vigente del Programa Social. Asimismo, podría estar afectando la calidad y eficiencia del modelo operacional que actualmente el programa social viene ejecutando.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de acciones para el adecuado cumplimiento del proceso de gestión de acompañamiento, y en cumplimiento de los lineamientos técnico del programa se sugiere lo siguiente:

- Que el Programa CONTIGO, garantice el cumplimiento de lo establecido en la “Plan “Estamos Contigo: Gestión Del Acompañamiento Y Articulación” y de las demás directivas vigentes.
- Fortalecer y garantizar las estrategias de asistencia técnica a los responsables de las OMAPED, en el uso y aplicación de las herramientas digitales que viene ejecutando el Programa Social, como: USUARIO ALIADO/OMAPED.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar lo sucedido, las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de esta situación crítica alertada en este caso.

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

1. Copia de la Ficha de Vigilancia V-080-2023-TAC-D (03 folios).
2. Fotografía de la plataforma virtual del Programa. (01 folio)



.....  
**Luis Alberto Mesta Baca**  
Responsable Regional

**ANEXO 01  
FICHA DE ENTREVISTA**

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA Y GESTION DE LA COMPANIAMIENTO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

SEDE REGIONAL TACNA

FICHA DE ENTREVISTA

OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO

FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

Teléfono Regional: XXXXXXXXXX CODIGO N° 080-2023-78CD  
 Teléfono Nacional: XXXXXXXXXX FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA

1 FECHA INICIAL de la entrevista: 08/08/23 2 HORA INICIAL de la entrevista: 9:50

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

**1. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:**

2 DEPARTAMENTO: TACNA 4 PROVINCIA: TACNA  
 3 DISTRITO: CIUDAD NUEVA 5 DISTRITO DE LA MUNICIPALIDAD:

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

7 N° DNI del Informante: 72974450 8 Apellidos y nombres del Informante: EVELINE DANIA CHACCO HINDE  
 9 Edad del Informante: 20 10 Sexo del Informante: Femenino  Masculino   
 11 Teléfono celular del Informante: 986321287 12 Presencia alguna discapacidad: marque SI ( ) NO (X)

13 Fecha que inicio labores en OMAPED: 01/2018

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) Asháninka (e) Awéca (f) Otro:

**II. PROCESO: GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA**

**A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA**

16 ¿Usado conoce cuáles son las finalidades del Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR  
 17 ¿Usado conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR  
 18 ¿Usado conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR  
 19 ¿Usado conoce el formato para la afiliación de usuarios (Formato PC 1000)?  SI  NO  NS/NR  
 20 ¿Usado conoce los pasos para solicitar la afiliación al Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR  
 21 ¿Usado ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR

(De marcar NO, pasar a la pregunta 23 y siguientes)

22 ¿Es válido el trámite de la solicitud de afiliación?

22.1 De marcar NO, diga cuál es el error:

(a) 1 a 10 años (b) 11 a 20 años (c) 21 a 50 años (d) 51 años a más  SI  NO  NS/NR

**B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACION DEL COBRO DE LA PENSION**

23 ¿Usado conoce los pasos para emitir solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR  
 24 ¿Usado ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?  SI  NO  NS/NR

(De marcar NO, pasar a la pregunta 26 y siguientes)

25 ¿Es válido el trámite para la autorización de cobro? (a) 1 a 10 años (b) 11 a 20 años (c) 21 a 50 años (d) 51 años a más  SI  NO  NS/NR

25.1 De marcar NO, diga cuánto se paga:  SI  NO  NS/NR

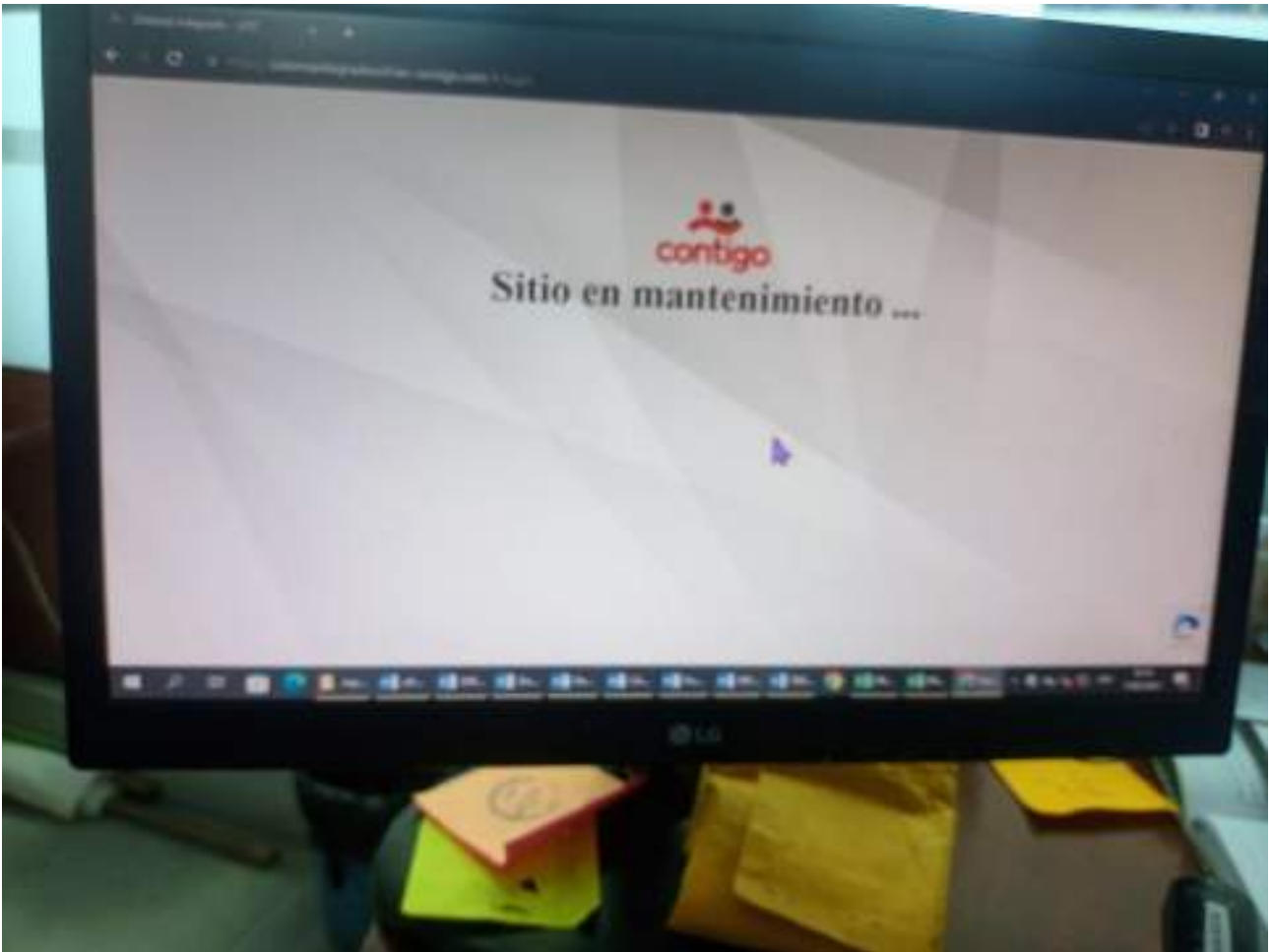
C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL GOBIRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSION [GOBIRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL BIENESTR]		SI	NO	NS/NR							
26	¿En su dentro se realizó la entrega de la pensión correspondiente al trimestre?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR						
26.1	De marcar NO por favor, ¿Por qué no se realizó? — V Pase a la Pregunta 28 y siguientes.										
<b>C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL GOBIRO DE LA PENSION DEL BIENESTR</b>											
27	¿Lograron que las viviendas a la OMAPEO sobre el cobro de la pensión de Usuarios?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR						
De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes											
27.1	¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPEO sobre el cobro de la pensión de usuarios? [Puede marcar más de una opción]										
		(a)	<input type="checkbox"/>	La OMAPEO no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa							
		(b)	<input checked="" type="checkbox"/>	Programa Cortijo denuncia el trámite de autorización de cobro							
		(c)	<input type="checkbox"/>	Otro servicio al banco/cajero							
		(d)	<input type="checkbox"/>	Banco/cajero cerraron antes de							
		(e)	<input checked="" type="checkbox"/>	No abonaron la cuenta del usuario							
		(f)	<input type="checkbox"/>	Bloquearon la cuenta del usuario							
		(g)	<input type="checkbox"/>	Falta de tarjeta del usuario							
		(h)	<input type="checkbox"/>	Otro: Precise: _____							
<b>III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO</b>											
<b>VERIFICACION DE LA CAPACITACION AL PERSONAL DE LA OMAPEO (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACION USUARIO OMAPEO DEL PROGRAMA CORTIJO)</b>											
28	¿Usó el sistema en que consiste la aplicación web USUARIO OMAPEO del Programa Cortijo?	SI	NO	NS/NR							
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes											
28.1	Si la respuesta es "SI", ¿usó el sistema con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPEO del Programa Cortijo?	SI	NO	NS/NR							
28.2	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPEO.	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 OMAPEO.	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 datos suministrados, además del uso correcto de sus datos personales.	SI	NO	NS/NR							
28.5	Si la respuesta es "SI", ¿Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPEO del Programa Cortijo?	(a)	Muy mala	(b)	Mala	(c)	Regular	(d)	Buena	(e)	Muy Buena
28.6	¿El último año, usó el servicio de capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Cortijo?	SI	NO	NS/NR							
Escriba: _____											
29	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	¿La capacitación en el idioma que usó usó?	(a)	Muy mala	(b)	Mala	(c)	Regular	(d)	Buena	(e)	Muy Buena
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	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	¿La capacitación en el idioma que usó usó?	(a)	Muy mala	(b)	Mala	(c)	Regular	(d)	Buena	(e)	Muy Buena
30.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	SI	NO	NS/NR							

VERIFICACION DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL		SI	NO	NS/NR
31	En los 4 últimos meses, ¿El personal de OMAPECO, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cotizando su pensión ( vía telefónica, WhatsApp u otro medio no presencial)?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	En los 4 últimos meses ¿El programa Configo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicio complementario respecto a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	¿Hacia cuánto tiempo un funcionario del Programa Configo no se comunicó con usted (a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) más de 2 meses	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Configo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35.1	De menor a mayor ¿cómo le resulta la dificultad			
<b>IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD</b>				
<b>VERIFICACION DE LA NEUTRALIDAD Y USO POLITICO DEL PROGRAMA, por parte de algún representante del Programa Configo</b>				
36	¿Le ha sido difícil, recibir o hacerse a cargo de recibir algún beneficio que el programa?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	¿Una política dentro del Programa para favorecer algún candidato?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	¿Le pasó que apoye a vote a favor de algún candidato?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	¿Le pasó que se le haya reunido o invitado algún candidato?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40	OBSERVACIONES (o dificultades)	DEBE HABER UN COMITÉ PARA LA APLICACION DEL PROGRAMA, POR PARTE DE ALGUN REPRESENTANTE DEL PROGRAMA CONFIGO		
41	RECOMENDACIONES	RECOMENDACIONES PARA ESTABLECER CONSERVACION DEL REGISTRO DE LA INFORMACION QUE COLABORA CON LA APLICACION DE LA FICHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION		
42	FECHA FINAL de la entrevista:	44	HORA FINAL de la entrevista:	
DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO				
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA				
QUE COLABORA CON LA APLICACION DE LA FICHA DE REGISTRO DE LA INFORMACION				
Nombres y Apellidos:		Nombres y Apellidos:		
DNI:		DNI:		
Cargo:		Cargo:		
Correo electrónico:		Correo electrónico:		
Teléfono:		Teléfono:		

  
 Celine Denise Gallardo Hingray  
 92977450

Ficha de entrevista aplicada a la encargada de a la oficina de OMAPED – Municipalidad Ciudad Nueva

ANEXO 02  
FOTOGRAFÍA DE LA PLATAFORMA VIRTUAL DEL PROGRAMA



Fotografía del monitor de la encargada de la OMAPED sobre el funcionamiento de la plataforma web del programa social.