Pucallpa, 27 de abril del 2022

OFICIO Nº011-2022-CTVC/UCAYALI

Señora:
Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Veintidós (22) CASOS

De mi mayor consideración:

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

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

- CASO N° 029-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 030-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 031-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 032-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 033-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 034-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 035-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 036-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 037-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 038-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 039-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 040-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 041-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 042-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 043-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 044-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 045-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 046-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 047-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 048-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 049-2022-CTVC/UCA
- CASO N° 050-2022-CTVC/UCA

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

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

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

_____
JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléf. de Ucayali 984063619 Teléf. Nacional: 984056206	**CASO**	**N° 033-2022-CTVC/UCA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**25/04/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CENTENO ORTIZ DEMETRIO	**3. NÚMERO-DNI:**	09609783
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DISTRITO CURIMANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**10/03/2022**
7. DEPARTAMENTO:	UCAYALI	**8. PROVINCIA:**	PADRE ABAD
9. DISTRITO:	CURIMANA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	Jirón Fujimori S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	**GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO**	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	**77676577 -RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE CURIMANA**
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos

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

El 10/03/2022 durante las acciones de veeduría/vigilancia, se entrevistó al Sra. Diaz Chahua Marina Jessenia, responsable del OMAPED de la Municipalidad distrital de Curimana, se registró los siguientes puntos críticos:

1. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.** Además, manifestó que en los últimos 6 meses no se ha brindado ningún tipo de servicio complementario que permita mejorar la calidad de vida de los usuarios del programa. Esta situación estaría contraviniendo la RDE N° 091-2020-MIDISPNPDS-DE. Que en el numeral 5.14. Gestión del Acompañamiento: Conjunto de acciones dirigidas a los/las usuarios/as del Programa, que busca el ejercicio de derechos, autonomía y acceso a servicios complementarios, mediante el diseño conjunto (Programa CONTIGO-Usuario/a-Hogar) de un plan de inclusión familiar acorde a sus necesidades y medios de vida, fomentando un entorno inclusive que posibilita una oportunidad de mejora y toma en cuenta los niveles de persona, hogar y comunidad.

2. **NO SE BRINDA INFORMACIÓN COMPLETA, COMPRENSIBLE Y OPORTUNA A: OMAPED, USUARIOS/AS, POTENCIALES USUARIOS/AS.** Durante la entrevista, se pudo conocer que la responsable de OMAPED, presenta dificultades para comunicarse a través de llamada telefónica, con la sede central del Programa Contigo y cuando se les consulta no responden oportunamente. Por lo cual, se identifica una situación crítica, ya que los aliados estratégicos (OMAPED) no estarían recibiendo Tele Atenciones Personalizadas (TAP) a través de llamadas directas. Cabe señalar, también, que según versión del entrevistado hace más 3 meses que no mantiene comunicación con ningún funcionario/servidor del Programa Contigo.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

De lo indicado, sugerimos al Programa CONTIGO lo siguiente:

- El Programa CONTIGO debe garantizar el cumplimiento de la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 137-2021- MIDIS/PNPPD-DE "DIRECTIVA DE ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO ALIADO DEL PROGRAMA CONTIGO".
- Hacer cumplir el Plan de trabajo 2021 Unidad de acompañamiento RDE-036-2021-MIDIS-PNPDS-DE.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (01)

- Ficha de veeduría N° 010-2022-UCA-C (1 folio).

……

JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO

Responsable Regional

ANEXO N°001

Copia Ficha de verificación N° 010-2022-UCA-D

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL UCAYALI

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

Teléfono Regional:	984063619	**FICHA DE ENTREVISTA**	**CODIGO N°V-010-2022-UCA-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:**	10/03/2022	2	**HORA INICIAL de la entrevista:**	10:04

NOTA IMPORTANTE:

PRECISE EL PERIODO DE PAGO QUE SE VIGILA: ***(a) 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:**	UCAYALI	4	**PROVINCIA:**	PADRE ABAD
5	**DISTRITO:**	CURIMANA	6	**Dirección de la Municipalidad:**	JR FUJIMORI S/N

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

7	**N° DNI del Informante:**	77676577	8	**Apellidos y nombres del Informante:**	DIAZ CHAHUA MARINA JESSENIA
9	**Edad del Informante:**	25	10	**Sexo del Informante**	Femenino (X) Masculino ( )
11	**Teléfono/celular del Informante:**	934263958	12	**Presenta alguna discapacidad: marque**	SI ( ) NO (X)
13	**Fecha que inició labores en OMAPED**	28/10/2021			
14	**Nivel de instrucción del Informante:**	**(a)** Sin nivel **(b)** Inicial **(c)** Primaria **(d)** Secundaria **(e)** Básica especial **(f)** Técnico **(g)** Superior			
15	**Idioma predominante del Informante:**	**(a)** Castellano/Español **(b)** Quechua **(c)** Aymara **(d)** Ashaninka **(e)** Awajún **(f)** Otro: _____			

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

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	*(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. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN

23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	*(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. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA)

26	¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	26.1 *De marcar NO precise* ¿Por qué no se realizó? :				

C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2021)

27	¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?		**SI**	**NO**	**NS/NR**
	(De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes)				

27.1	¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? ***(Puede marcar más de una opción:)***	**(a)**	La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa
		(b)	El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro
		(c)	Difícil acceso al banco/cajero
		(d)	Banco/cajero cerrado/no atiende
		(e)	No abonaron la cuenta del usuario
		(f)	Bloquearon la cuenta del usuario
		(g)	Pérdida de tarjeta del usuario
		(h)	Otros Precise: _____

III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO					
	VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)				
28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
	De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes				
28.1	Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.2	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.3	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.4	Si la respuesta es "SI" el Programa le brindo asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.5	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.6	Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?:	**(a)** Muy mala	**(b)** Mala	**(c)** Regular	**(d)** Buena **(e)** Muy Buena **NS/NR**
		Explique: PORQUE NO BRINDA LA INFORMACION PRECISA Y RAPIDA			
29	¿Usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION 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	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	**(a)** 1 sola vez	**(b)** 2 veces	**(c)** 3 veces	**(d)** 4 veces a màs **NS/NR**
29.3	¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	**(a)** Muy mala	**(b)** Mala	**(c)** Regular	**(d)** Buena **(e)** Muy Buena **NS/NR**
30	¿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	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	**(a)** 1 sola vez	**(b)** 2 veces	**(c)** 3 veces	**(d)** 4 veces a màs **NS/NR**
30.3	¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
30.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	**(a)** Muy mala	**(b)** Mala	**(c)** Regular	**(d)** Buena **(e)** Muy Buena **NS/NR**
	VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL				
31	En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPED, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (vìa telefònica, whatsApp u otro medio no presencial)?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
32	En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
33	En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicio complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
34	¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted como responsable de la	**(a)** 15 dìas	**(b)** 1 mes	**(c)** 2 meses	**(d)** mas de 3 meses **NS/NR**
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
35.1	*De marcar NO precise* la dificultad: PORQUE NO RESPONDEN RAPIDAMENTE LAS CONSULTAS				

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD				
	VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA			
36	¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
37	¿Algún operador/representante del Programa Contigo, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
38	¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
39	¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	**SI**	**NO**	**NS/NR**

40	**OBSERVACIONES (o dificultades)**			
41	**RECOMENDACIONES**			
	CUANDO SE ENVIAN LAS DOCUMENTACION DE AUTORIZACIONES DE COBRO, QUE NO DEMOREN MUCHO TIEMPO, YA QUE LOS USUARIOS NECESITAN EL DINERO			
42	**FECHA FINAL de la entrevista:**	10/03/2022	**44 HORA FINAL de la entrevista:**	10:25

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN		**DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:	DEMETRIO CENTENO ORTIZ	**Nombres y Apellidos:**	ERICK DEL AGUILA CALDERÓN
DNI:	09609783	**DNI:**	42920162
Cargo:	PRESIDENTE CLTVC CURIMANA	**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ucayali.1rctvcperu@gmail.com
Teléfono:		**Teléfono:**	912541274