

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

Huánuco, 03 de marzo de 2023

**OFICIO N° 0059-2023-CTVC/HUANUCO**

Sr.

**Julio Mendigure Fernandez**

Director Ejecutivo (e)

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 (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<sup>1</sup>:

- **CASO N° 0040-2023-CTVC/HUA**

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



**JUAN JOSE PARDAVE TREJO**

Responsable Regional

<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

**Jr. 28 de julio N° 1388 – Huánuco Teléfono Celular: 942161082**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / huanuco.rrctvcperu@gmail.com Página**

**Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942154740 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 0040-2022-CTVC/HUA
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 28/03/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>		
2. APELLIDOS NOMBRES:	SALOME ARZAPALO SHERLI KARINA	3. NÚMERO-DNI: 42081603
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – EQUIPO TECNICO DE LA SEDE REGIONAL HUANUCO	5. CARGO: RC-CTVC
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA: 28/03/2023
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	8. PROVINCIA: YAROWILCA
9. DISTRITO:	JACAS CHICO	10. CCPP/DIRECCIÓN: PLAZA DE ARMAS – JACAS CHICO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 47516235-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE JACAS CHICO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02 Puntos Críticos
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>		

El 28/03/2023, se realizó la entrevista al ciudadano Yoel Esteban Armillon Magariño, identificado con DNI N° 47516235, responsable del OMAPED de la Municipalidad distrital de Jacas Chico, registrándose la información en la Ficha de Vigilancia V-0045-2023-HUA-D, identificándose los siguientes puntos críticos:

- 1. PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIO CAPACITACION CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS/TRAMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA.** – El entrevistado manifestó que, no ha recibido capacitación concerniente a los servicios y/o tramites que brinda el programa, información que contribuiría a orientar a ciudadanos y usuarios del programa. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

Esta situación podría contravenir la **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE** que aprueba la **Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación**, que en el numeral: “7.3. Del proceso de gestión de articulación a la letra dice “(...) Fortalecimiento de Capacidades: Se involucra a los/las aliados/as estratégicos priorizados en acciones de fortalecimiento que contribuyan y permitan el mayor acceso a los servicios para las personas con discapacidad severa.”

Asistencia técnica: Son acciones de apoyo y orientación técnica a los/las aliados estratégicos/as priorizados/as, que permitan hacer posible el acceso a los servicios y el ejercicio real de los derechos de las personas con discapacidad severa. (...)” y el numeral: “6.3. Del proceso de gestión de articulación a la letra dice “(...) El proceso de gestión de la articulación vertical y horizontal está dirigido al trabajo con los/las aliados/as estratégicos/as, a fin de fortalecer sus capacidades, establecer acuerdos y promover el acceso a servicios complementarios presentes en el territorio con énfasis en salud y educación. Con la finalidad de contribuir a la inclusión y el ejercicio de los derechos de la persona con discapacidad severa en el territorio.”

- 2. PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA.** - El responsable de OMAPED manifestó que, la comunicación que mantiene con el programa contigo no facilita la obtención de información oportuna pues, toda vez que realiza llamadas de manera constante obtiene respuestas con demora, creando así, incertidumbre e inconclusas las consultas de los ciudadanos, ante la demanda de información solicitada por los usuarios/as. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

Esta Situación también podría vulnerar la **RDE N° 044-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, “Plan de Trabajo 2022 Unidad de Acompañamiento” en el numeral 7, inciso 7.3 Brecha de Atención b) Articulación: que a la letra dice: Teniendo en cuenta que las acciones de articulación están dirigidas principalmente a los Gobiernos Locales, en su condición de aliados estratégicos a través de los cuales se llega a las/os usuarias/os; se ha calculado la brecha en función de los GL que acceden a los servicios.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE**, que aprueba la **Directiva de Gestión del Acompañamiento y Articulación**.
2. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 044-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, que aprueba el “**Plan de Trabajo 2022 Unidad de Acompañamiento**”.
3. Se recomienda fortalecer las líneas de comunicación entre programa Contigo-OMAPED.
4. Se recomienda fortalecer la articulación con los aliados estratégicos a fin de que reciban capacitación e información completa para brindar una atención oportuna.
5. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la mencionada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Vigilancia V-0045-2023-HUA-D (03 folios).

  
\_\_\_\_\_  
**Sherli Karina Salome Arzapalo**  
Responsable de Campo.

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

## SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942154740	FICHA DE ENTREVISTA			
Teléfono Nacional:	942160511	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:	28 / 03 / 2023	2	HORA INICIAL de la entrevista:	12:00

## 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.

C) PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - Agosto (e) Septiembre - Octubre (f) Noviembre - Diciembre

## I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:

3	DEPARTAMENTO:	HUANUCO	4	PROVINCIA:	YAROWILCA
5	DISTRITO:	JACAS CHICO	6	Dirección de la Municipalidad:	PLAZA DE ARMAS - JACAS CHICO

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

7	N° DNI del Informante:	47516235	8	Apellidos y nombres del Informante:	ARMILLON HERRERAÑO YOEL ESTEBAN
9	Edad del informante:	29	10	Sexo del Informante	Femenino ( ) Masculino (X)
11	Teléfono/celular del Informante:		12	Presenta alguna discapacidad: marque con X	SI ( ) NO (X)
13	Fecha que inició labores en OMAPED	01 / 01 / 2023			
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) Awajun (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?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes) NO CUENTA CON ACCESO NO SE TRAMITO					
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 25 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 DEL BIMESTRE)

26	¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		SI	NO	NS/NR
----	---	--	----	----	-------

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

## SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942154740	FICHA DE ENTREVISTA		
Teléfono Nacional:	942160511	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO		CODIGO N° E-0045-2023-HUA-D
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
26.1 De marcar <b>NO</b> precise ¿Por qué no se realizó? <b>→ Fase a la Pregunta 28 y siguientes:</b>				
<b>C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE</b>				
27	¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?			<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar <b>NO</b> 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 Precisar: _____	
<b>III. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO</b>				
<b>VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)</b>				
28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar <b>NO</b> - 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?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
28.3	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 personales.			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NS/NR
				Explique: _____
29	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar <b>NO</b> - 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	<input type="checkbox"/> NS/NR
29.3	¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?			<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?		(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena	<input type="checkbox"/> NS/NR
30	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN?			<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar <b>NO</b> - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes				
30.1	¿Cuál fue la modalidad?		(a) Presencial (b) Virtual	<input type="checkbox"/> ###

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

## SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942154740	FICHA DE ENTREVISTA					
Teléfono Nacional:	942160511	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO		CODIGO N° E-0045-2023-HUA-D			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA			
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	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
<b>VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL</b>							
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 como tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted como responsable de la OMAPED?	(a) 15 días	(b) 1 mes	(c) 2 meses	(d) mas de 3 meses	NO NS/NR	
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?					SI NO NS/NR	
35.1	De marcar NO precise la dificultad:						
<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 NO NS/NR	
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones				SI NO NS/NR	
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones				SI NO NS/NR	
39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones				SI NO NS/NR	
40	OBSERVACIONES (o dificultades)						
41	RECOMENDACIONES						
42	FECHA FINAL de la entrevista:	28/03/23/			44	HORA FINAL de la entrevista:	13:00
<b>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</b>				<b>DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b>			
Nombres y Apellidos:		YOEL ESTEBAN ARMILLO MAGARIÑO		Nombres y Apellidos:		SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO	
DNI:		47516235		DNI:		42081603	
Cargo:		RESPONSABLE OMAPED		Cargo:		ET-RC-CTVC	
Correo electrónico:				Correo electrónico:		HUANUCO1.RVTCPERU@GMAIL.COM	
Teléfono:		929342455		Teléfono:		942154740	