

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL HUANCVELICA

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

Huancavelica, 02 de agosto de 2023

OFICIO N° 0038-2023-CTVC/HUANCAVELICA

Señor(a):

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 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 le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0057-2023-CTVC/HVC
- CASO N° 0058-2023-CTVC/HVC
- CASO N° 0059-2023-CTVC/HVC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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

Yudith Isabel Gutiérrez Daz
Responsable Regional



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

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

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. HUANCVELICA: 942153032
Telf. LIMA: 951864589

CASO

N° 0059-2023-CTVC/HVC

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	20/07/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	DE LA CRUZ ICHPAS JOLIETTE SARAI	3. NÚMERO-DNI:	76510865
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	20/07/2023
7. DEPARTAMENTO:	HUANCVELICA	8. PROVINCIA:	CHURCAMP
9. DISTRITO:	PACHAMARCA	10. CCP/DIRECCIÓN:	PACHAMARCA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	40674795-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE PACHAMARCA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	23	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con fecha 20/07/2023, el Comité Local del distrito de Pachamarca, realizó acciones de vigilancia a la Gestión de la Entrega de la Pensión No Contributiva- Programa CONTIGO; mediante Ficha de Vigilancia N° V-099-2023-HVC-D, entrevistando al Sr. Gilberto Zosimo Meza Vila, responsable de la OMAPED de la Municipalidad distrital de Pachamarca, identificándose los puntos críticos descritos a continuación:(**Ver anexo 01**)

1. APLICATIVO DEL PROGRAMA NO BRINDA INFORMACION ACTUALIZADA/OPORTUNA Y COMPRESIBLE.

El Responsable de OMAPED de la Municipalidad distrital de Pachamarca, Sr. Gilberto Zosimo Meza Vila, refirió que desde el mes de abril de 2023 a la actualidad, no pudo realizar trámite alguno de solicitud de afiliación, autorización entre otros, debido a que el aplicativo web USUARIO OMAPED del programa, no se encuentra activo; por ese motivo no cuenta con información oportuna para realizar las gestiones correspondientes que coadyuven a solucionar dudas o brindar información a usuarios, además del retraso en la gestión las solicitudes de afiliación de aproximadamente veintitrés (23) ciudadanos, quienes continuamente solicitan información del programa por medio de la OMAPED.

2. PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA.

El responsable de la OMAPED, señala que en múltiples oportunidades trato de comunicarse con la sede central del programa Contigo sin éxito, por medio del número telefónico (01)644-9006 publicado en su página web, por ello no pudo despejar sus dudas oportunamente y responder las inquietudes de los usuarios/as, autoridades y población en general.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa garantice el adecuado funcionamiento del aplicativo web USUARIO ALIADO, garantizándose que sus aliados estratégicos, puedan acceder a información oportuna, comprensible y fidedigna, con la finalidad de brindar un servicio eficiente a la ciudadanía y en especial a los usuarios y potenciales usuarios.
- El programa realice las indagaciones respectivas de los puntos críticos mencionados en la alerta; y según corresponda implemente medidas correctivas que contribuyan al cumplimiento de los objetivos.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

1. Una (01) Fotografía de Vigilancia V-099-2023-HVC-D (01 folio).



Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional



1. Una (01) Fotografía de Ficha de Atención V-099-2023-HVC-D

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL HUARCAVELICA

VIOLACION AL PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA Y GESTION DEL ACUMPLAMIENTO DE LA PROMESA DE COMPROMISO DEL PROGRAMA CONTRATO

OMAFED-ALIANZA DEL PROGRAMA CONTRATO

CODIGO VV-099-2023-HVC-D

1. PROPIEDAD de la denuncia: 12-102-123 1) FICHA DE FOLIO FUERA DE CAMPAÑA 2) FICHA DE FOLIO EN CAMPAÑA

NOTA IMPORTANTE:
A) La aplicación de la denuncia debe ser realizada al responsable de la OMAFED con una antigüedad no menor a 2 meses en el cargo.
B) **PRECISE AL NUMERO DE PAGO QUE SE SOLICITA:** (A) Otro-Pagos (B) Mayo-Año (C) Mayo-Año (D) Año-agosto (E) Febrero-agosto (F) Agosto-agosto

DATOS GENERALES DE LA OMAFED

3. DEPARTAMENTO: AREQUIPA 4. PROVINCIA: SEURCAMBA
5. DISTRITO: CHICHAS 6. CANTON de la Municipalidad: San Juan

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Responsable de la OMAFED):

7. N° DNI del Informante: 80574743 8. Apellidos y nombres del Informante: Mora, Rosa Catalina Laguna
9. Edad del Informante: 46 10. Sexo del Informante: F
11. Fecha de inscripción de la denuncia: 01/11/2023 12. Puesto a cargo del Informante: PROFESORA

13. Fecha de inicio de la denuncia: 01/11/2023 14. Nivel de atención del Informante: (A) No Atendido (B) Atendido (C) Pendiente (D) Resuelto (E) No Resuelto (F) Otro

15. Motivo presentada la denuncia: (A) Desempleado(a) (B) Despedido(a) (C) Despedido(a) (D) Despedido(a) (E) Despedido(a) (F) Otro

II. PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA DE LA PROMESA DE COMPROMISO

A. **SEGUIMIENTO DE LA ENTREGA DE LA PROMESA DE COMPROMISO**

16. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

17. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

18. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

19. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

20. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

21. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

22. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

23. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

B. **SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROMESA DE COMPROMISO SOBRE LA AUTOREALIZACION DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROMESA**

24. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

25. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

26. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

C. **VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL CUMPLIMIENTO DE LA PROMESA DE COMPROMISO SOBRE LA ENTREGA DE LA PROMESA DE COMPROMISO**

27. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

28. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

29. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

30. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

31. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

32. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

33. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

34. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

35. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

36. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

37. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

38. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

39. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

40. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL HUARCAVELICA

VIOLACION AL PROCESO DE GESTION DE LA ENTREGA Y GESTION DEL ACUMPLAMIENTO DE LA PROMESA DE COMPROMISO DEL PROGRAMA CONTRATO

OMAFED-ALIANZA DEL PROGRAMA CONTRATO

CODIGO VV-099-2023-HVC-D

1. PROPIEDAD de la denuncia: 20-102-123 1) FICHA DE FOLIO FUERA DE CAMPAÑA 2) FICHA DE FOLIO EN CAMPAÑA

NOTA IMPORTANTE:
A) La aplicación de la denuncia debe ser realizada al responsable de la OMAFED con una antigüedad no menor a 2 meses en el cargo.
B) **PRECISE AL NUMERO DE PAGO QUE SE SOLICITA:** (A) Otro-Pagos (B) Mayo-Año (C) Mayo-Año (D) Año-agosto (E) Febrero-agosto (F) Agosto-agosto

DATOS GENERALES DE LA OMAFED

3. DEPARTAMENTO: AREQUIPA 4. PROVINCIA: SEURCAMBA
5. DISTRITO: CHICHAS 6. CANTON de la Municipalidad: San Juan

DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Responsable de la OMAFED):

7. N° DNI del Informante: 80574743 8. Apellidos y nombres del Informante: Mora, Rosa Catalina Laguna
9. Edad del Informante: 46 10. Sexo del Informante: F
11. Fecha de inscripción de la denuncia: 01/11/2023 12. Puesto a cargo del Informante: PROFESORA

13. Fecha de inicio de la denuncia: 01/11/2023 14. Nivel de atención del Informante: (A) No Atendido (B) Atendido (C) Pendiente (D) Resuelto (E) No Resuelto (F) Otro

15. Motivo presentada la denuncia: (A) Desempleado(a) (B) Despedido(a) (C) Despedido(a) (D) Despedido(a) (E) Despedido(a) (F) Otro

II. PROCESO DE GESTION DEL ACUMPLIMIENTO

A. **VERIFICACION DE LA CUMPLIMIENTO AL PERSONAL DE LA OMAFED USUARIOS Y SOPORTES DE LA PROMESA DE COMPROMISO DEL PROGRAMA CONTRATO**

20. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

21. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

22. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

23. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

24. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

25. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

26. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

27. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

28. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

29. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

30. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

31. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

32. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

33. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

34. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

35. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

36. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

37. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

38. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

39. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

40. ¿Cuenta con el expediente de la denuncia en el Programa Contrato? Si (A) SI (B) NO (C) SIN RESPONDER

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
DE LA REGIÓN HUANCAYLES

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPLIMIENTO DE LA PERSONA COMUNITARIA DEL PROGRAMA CONTIGO

Telefono Regional:	943153032	ORGANISMO VINCULADO	
Telefono Nacional:	151064939	OMAFED-ALIANZA DEL PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° V-001-003-HK-0

1. FECHA INICIAL de la observación:	20 / 01 / 2017	2. HORA INICIAL de la observación:	12:00
-------------------------------------	----------------	------------------------------------	-------

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la observación debe ser únicamente al responsable de la OMAFED, con una antigüedad de 3 meses a 3 meses en el cargo.

B) PRECISE EL NIVEL DE PAGO QUE SE SOLICITA: 1er. Nivel - Básico 2do. Nivel - Básico 3er. Nivel - Básico 4to. Nivel - Básico 5to. Nivel - Básico 6to. Nivel - Básico 7to. Nivel - Básico 8to. Nivel - Básico

VERIFICACION DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO PRESENCIAL

31. En los últimos meses ¿El personal de OMAFED, realizó una visita o se acercó a las viviendas de las personas beneficiarias para verificar el estado de las viviendas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
32. En los últimos meses ¿El personal de OMAFED realizó una visita o se acercó a las viviendas de las personas beneficiarias para verificar el estado de las viviendas?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
33. En los últimos meses ¿Se realizó alguna actividad de capacitación o talleres para el personal de OMAFED y las personas beneficiarias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
34. ¿Hay algún problema en la ejecución del Programa Contigo en la zona de observación?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
35. ¿La persona beneficiaria está conforme con la calidad de la vivienda?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO

35. Si, en caso contrario, ¿cómo se resuelve? *No aplica*

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

VERIFICACION DE LA NEUTRALIDAD Y NO DISPOLITICO DEL PROGRAMA, por parte de algún representante del Programa Contigo

36. ¿La persona beneficiaria muestra algún tipo de preferencia por algún representante del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
37. ¿La persona beneficiaria muestra algún tipo de preferencia por algún representante del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
38. ¿La persona beneficiaria muestra algún tipo de preferencia por algún representante del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO
39. ¿La persona beneficiaria muestra algún tipo de preferencia por algún representante del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NO	NINGUNO

40. OBSERVACIONES o dificultades:

41. RECOMENDACIONES:

42. FECHA FINAL de la observación:	20 / 01 / 2017	43. HORA FINAL de la observación:	1:00
------------------------------------	----------------	-----------------------------------	------

DATOS DEL VEEDOR INFANTE VOLUNTARIO
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombre y Apellido:	Sebastián David De la Cruz Soto
DNI:	78 000 255
Cargo:	Coordinador
Correo electrónico:	sebastiandcruz@omafed.org
Teléfono:	943 212 198

DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TECNICO REGIONAL
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombre y Apellido:	Yolanda Patricia
DNI:	78 000 255
Cargo:	Coordinadora
Correo electrónico:	yolanda@omafed.org
Teléfono:	943 212 198



Handwritten initials