

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO IQUITOS

"Año de la Universalización de la Salud"

OFICIO N° 001-2021-CTVC/LORETO IQUITOS

Iquitos, 29 de enero de 2021

Señora:

**Jessica Cecilia Niño De Guzmán Esaine**

Directora Ejecutiva

Programa Nacional de Entrega de la Pensión No Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - CONTIGO

Loreto – Iquitos

**Asunto: Se ALERTA DIEZ (10) 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 (en adelante, el Comité), en especial de su presidente, Monseñor Luis Bambarén Gastelumendi. 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 los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 001-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 002-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 003-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 004-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 005-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 006-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 007-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 008-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 009-2021-CTVC/IQU

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

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando si tiene la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que muestren la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RUELTTO**.

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO IQUITOS

"Año de la Universalización de la Salud"

- CASO N° 010-2021-CTVC/IQU

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,



**Darwin Gaviria Garcia**  
Responsable de Campo

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                 |                                                     |                                                           |
|-----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| Telf. IQUITOS:(#)942161156<br>Telf. LIMA: (#)951864589          | CASO                                                | N° 007-2021-CTVC/IQU                                      |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                | CONTIGO                                             | 1. FECHA DE REGISTRO: 14/12/2020                          |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>                     |                                                     |                                                           |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                           | COQUINCHE GEMAN ISOLINA ESTELA                      | 3. NÚMERO-DNI: 05308663                                   |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                     | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA      | 5. CARGO: PRESIDENTA                                      |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>                             |                                                     | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 14/12/2020                        |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                | LORETO                                              | 8. PROVINCIA: MAYNAS                                      |
| 9. DISTRITO:                                                    | NAPO                                                | 10. CCPP/DIRECCIÓN: SANTA CLOTILDE S/N                    |
| 11. PROCESO:                                                    | GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? OFICINA OMAPED |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                      | 01                                                  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01                        |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b> |                                                     |                                                           |

Con fecha 14/12/2020 durante las acciones de veeduría en contexto no presenciales del Programa Contigo, el Presidente del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de El Napo, entrevistó a la Señora Emerita Coquinche Rosas, con DNI N° 05311474, responsable de la OMAPED del distrito, recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-111-2020-IQU-D, donde 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 realizada a la responsable de la OMAPED manifestó no haber recibido capacitación por parte del Programa sobre: i) Proceso de afiliación y elaboración del padrón, ii) Proceso de Transferencia y entrega de la pensión. Esta situación contraviene lo establecido en la RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que en el numeral 7.2.3.1. "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.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del Proceso de Entrega y Acompañamiento de la Pensión No Contributiva que se brinda, y en cumplimiento a los lineamientos técnicos del Programa CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Se promueva el desarrollo de acciones de fortalecimiento de capacidades y asistencia técnica a los responsables de OMAPED para garantizar el éxito de la intervención del Programa.
- Se garantice el cumplimiento de las estrategias de articulación intra e intersectorial que impulsa el programa en el territorio para el logro de los objetivos institucionales.
- Se solicita al programa después de verificar el caso pueda informar al CTVC de manera formal sobre las acciones implementadas en atención a la resolución del caso que representa necesidad de urgente atención.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-111-2020-IQU-D (01 FOLIO)



Darwin Gaviria Garcia  
Responsable de Campo

|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------|--|---|----------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------|-------|--------|-------|
| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                       |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| Teléfono Regional: 942161156<br>Teléfono Nacional: 951864589                                                         |                                                                                                                                                                                      | FICHA DE ENTREVISTA |                                                                                           |  |   |                                                    | CODIGO N° V-111-2020-IQU-D |                         |       |        |       |
| SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS                                                                                         |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA - GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA CONTIGO |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA OMAPED                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| a                                                                                                                    | Fecha de la entrevista:                                                                                                                                                              |                     | 14/12/2020                                                                                |  | b | Hora de entrevista:                                |                            | INICIO:                 | 15:58 | FINAL: | 16:10 |
| I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de OMAPED):                                                         |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| c                                                                                                                    | N° DNI del Informante:                                                                                                                                                               |                     | 05311474                                                                                  |  | d | Apellidos y nombres del Informante:                |                            | COQUINCHE ROSAS EMERITA |       |        |       |
| e                                                                                                                    | Fecha de nacimiento del Informante:                                                                                                                                                  |                     | 16/12/1969                                                                                |  | f | Edad del Informante:                               |                            | 50                      |       |        |       |
| g                                                                                                                    | Sexo del Informante                                                                                                                                                                  |                     | FEMENINO                                                                                  |  | h | Teléfono/celular del Informante:                   |                            | 942045337               |       |        |       |
| i                                                                                                                    | Presenta alguna discapacidad: marque SI                                                                                                                                              |                     |                                                                                           |  | j | Fecha que inició labores en OMAPED                 |                            | 02/01/2019              |       |        |       |
| k                                                                                                                    | Nivel de instrucción del Informante:                                                                                                                                                 |                     | PRIMARIA INCOMPLETA                                                                       |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| l                                                                                                                    | Idioma predominante del Informante:                                                                                                                                                  |                     | ESPAÑOL                                                                                   |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| m                                                                                                                    | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                        |                     | LORETO                                                                                    |  | n | PROVINCIA:                                         |                            | MAYNAS                  |       |        |       |
| ñ                                                                                                                    | DISTRITO:                                                                                                                                                                            |                     | NAP0                                                                                      |  | o | Dirección de la Municipalidad:                     |                            | SANTA CLOTILDE S/N      |       |        |       |
| II. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA                                                                   |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| A. SOBRE LA AFILIACION AL PROGRAMA                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 1                                                                                                                    | ¿Usted sabe en qué consiste el Programa Contigo?                                                                                                                                     |                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)         |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 2                                                                                                                    | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?                                                                                                                  |                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)         |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| 3                                                                                                                    | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?                                                                                                                     |                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)         |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| 4                                                                                                                    | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?                                                                                                           |                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)         |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| 5                                                                                                                    | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?                                                                                                  |                     | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)         |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| 6                                                                                                                    | ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?                                                                                                                 |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 8 y siguientes)                                                                    |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 7                                                                                                                    | ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación en esta oficina?                                                                                                               |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 7.1                                                                                                                  | De marcar NO, diga cuánto es el costo:                                                                                                                                               |                     | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( ) |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| B. SOBRE AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA:                                                      |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 8                                                                                                                    | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?                                                                                       |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  | NA    |
| 9                                                                                                                    | ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | X     | NS/NR  |       |
| (De marcar NO, pase a la pregunta 11 y siguientes)                                                                   |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 10                                                                                                                   | ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro en esta oficina?                                                                                                               |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 10.1                                                                                                                 | De marcar NO, diga cuánto se paga:                                                                                                                                                   |                     | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 a más ( )       |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA):                                             |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 11                                                                                                                   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020)?                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 11.1                                                                                                                 | De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó?                                                                                                                                         |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 12                                                                                                                   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre setiembre-octubre (Padrón V-2020)?                                                                  |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 12.1                                                                                                                 | De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó?                                                                                                                                         |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 13                                                                                                                   | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020)?                                                               |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)               |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 14                                                                                                                   | ¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | X     | NS/NR  |       |
| (De marcar NO Pase a la Pregunta 15 y siguientes)                                                                    |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 14.1                                                                                                                 | ¿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) Dificil acceso a 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                                                                             |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| D. CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ASISTENCIA REMOTA)                                                         |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 15                                                                                                                   | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de afiliación y elaboración del padrón por parte del Programa Contigo?                                               |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | X     | NS/NR  |       |
| (De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 16 y siguientes)                                                            |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 15.1                                                                                                                 | ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                                                              |                     | a) Presencial ( ) b) Virtual ( )                                                          |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 15.2                                                                                                                 | ¿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 ( )                      |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 15.3                                                                                                                 | ¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?                                                                                                                                          |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | NO    | NS/NR  |       |
| 15.4                                                                                                                 | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:                                                                                                                            |                     | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena ( )                  |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 16                                                                                                                   | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de transferencia y entrega de la pensión por parte del Programa Contigo?                                             |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | X     | NS/NR  |       |
| (De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 17 y siguientes)                                                            |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 16.1                                                                                                                 | ¿Cuál fue la modalidad?                                                                                                                                                              |                     | a) Presencial ( ) b) Virtual ( )                                                          |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 16.2                                                                                                                 | ¿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 ( )                      |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 16.3                                                                                                                 | ¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?                                                                                                                                          |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | SI                      | NO    | NS/NR  |       |
| 16.4                                                                                                                 | ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:                                                                                                                            |                     | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena ( )                  |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| E. SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL                                                                       |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 17                                                                                                                   | En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPED, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (via telefónica, whatsApp u otro medio no presencial)? |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 18                                                                                                                   | En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?                                                            |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 19                                                                                                                   | 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?                        |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 20                                                                                                                   | ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con el responsable de la OMAPED?                                                                              |                     | a) 15 días ( X ) b) 1 mes ( ) c) 2 meses ( ) d) Mas de 3 meses ( )                        |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 21                                                                                                                   | ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?                                                                                                              |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            | X                       | NO    | NS/NR  |       |
| 21.1                                                                                                                 | De marcar NO precise la dificultad                                                                                                                                                   |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 22 OBSERVACIONES                                                                                                     |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| 23 RECOMENDACIONES                                                                                                   |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| QUE NO HAYA CAMBIOS CONSTANTES DE LOS SECTORISTAS, PORQUE DIFICULTA EL TRABAJO                                       |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
|                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   |                                                    |                            |                         |       |        |       |
| DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE                                                                               |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL      |                            |                         |       |        |       |
| DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                             |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   | DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA |                            |                         |       |        |       |
| QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN                                                                       |                                                                                                                                                                                      |                     |                                                                                           |  |   | QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN     |                            |                         |       |        |       |

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942161156  
Teléfono Nacional: 951864589

### FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° V-111-2020-IQU-D

SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS

VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA - GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA CONTIGO

#### ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA OMAPED

|                      |                                |                      |                                                                      |
|----------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------------------------------------------------------|
| Nombres y Apellidos: | ISOLINA ESTELA COQUINCHE GEMAN | Nombres y Apellidos: | DARWIN GAVIRIA GARCIA                                                |
| DNI:                 | 05308663                       | DNI:                 | 40680530                                                             |
| Cargo:               | Presidente(a)                  | Cargo:               | RC-CTVC                                                              |
| Correo electrónico:  |                                | Correo electrónico:  | <a href="mailto:loreto.1rctvc@gmail.com">loreto.1rctvc@gmail.com</a> |
| Teléfono:            | 950024289                      | Teléfono:            | 994423605                                                            |