

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Apurímac, 26 de julio de 2022

OFICIO N°0031-2022-CTVC/APURIMAC

Señora

María Luisa Chávez Kanashiro

Directora Ejecutiva (e)

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

Presente. -

Asunto : Se ALERTA ocho (08) 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 los siguientes CASOS¹:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| - CASO N° 0082-2022-CTVC/APU | - CASO N° 0083-2022-CTVC/APU |
| - CASO N° 0084-2022-CTVC/APU | - CASO N° 0085-2022-CTVC/APU |
| - CASO N° 0086-2022-CTVC/APU | - CASO N° 0087-2022-CTVC/APU |
| - CASO N° 0088-2022-CTVC/APU | - CASO N° 0089-2022-CTVC/APU |

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

.....
Guerson Yovani Paliza Pinto
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

Teléfono Apurímac: 942160032 Teléfono Nacional: 994432338		CASO	N° 0082-2022-CTVC/APU	
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO:	07/07/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	CAMACHO ALARCON YONI		3. NÚMERO-DNI:	44823560
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	07/07/2022
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	8. PROVINCIA:	ANDAHUAYLAS	
9. DISTRITO:	HUANCARAMA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PLAZA DE ARMAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	31038436-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE HUANCARAMA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	42	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

Durante las acciones de veeduría realizadas por la presidenta del Comité local, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

- 1 **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.** Durante la entrevista realizada la responsable de la OMAPED manifestó que el Programa Social durante los últimos 6 meses no ha brindado servicio complementario a los usuarios/as del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida, a través del cual se busca promover el respeto, valoración y ejercicio de derechos de las personas con discapacidad severa, así como promover el acceso a servicios complementarios en el territorio, con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as del programa

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos que el programa garantice el cumplimiento RDE 095-2020-MIDIS/PNPDS-DE, que en el numeral 7.2.3.1. destaca que; Esta estrategia “Contigo te capacita” tiene como objetivo fortalecer las capacidades de los aliados estratégicos con la finalidad de mejorar el acceso y calidad de los servicios de atención a las personas con discapacidad severa, manejo de los procedimientos del Programa, normatividad que ampara los derechos de las personas con discapacidad y estrategias de acercamiento y acceso a servicios dirigidos a personas con discapacidad severa.
- Sugerimos que el programa garantice el cumplimiento RDE 091-2020-MIDIS-PNPDS-DE, que en el numeral 7.2.3.3 hace mención de cuatro herramientas tecnológicas que permitirían facilitar el acceso a la información, y la RDE-

095- 2020-MIDIS/PNPDSDE sobre el Plan "Estamos Contigo: Gestión del acompañamiento y articulación 2020"

- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de emisión de alertas 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: 02)

1. Ficha de Entrevista N° V-0106-2022-APU-D (02 folios)



.....
Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Entrevista N° V-0106-2022 (02 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL APURIMAC			
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO		FICHA DE ENTREVISTA	
Teléfono Regional:	842160032	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	
Teléfono Nacional:	994432338	CODIGO N° V-106-2022-APU-D	
1 FECHA INICIAL de la entrevista:		2 HORA INICIAL de la entrevista:	
07/07/22		12:10	
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 (f) Noviembre - diciembre			
I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:			
3 DEPARTAMENTO:	Apurimac	4 PROVINCIA:	Andahuaylas
5 DISTRITO:	Huancayenta	6 Dirección de la Municipalidad:	Provincial Apurimac S/A
I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):			
7 N° DNI del Informante:	31038436	8 Apellidos y nombres del Informante:	Correa Mendoza Monica
9 Edad del Informante:	47.5	10 Sexo del Informante:	Femenino (X) Masculino ()
11 Teléfono/celular del Informante:	967259334	12 Presenta alguna discapacidad: marque	SI () NO (X)
13 Fecha que inició labores en OMAPED:	01/04/21		
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. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA			
16 ¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
17 ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
18 ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
19 ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
20 ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
21 ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)</i>			
22 ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
24 ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes)</i>			
25 ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
C. VERIFICACIÓN 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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes)</i>			
27.1 ¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? <i>(Puede marcar más de una opción):</i>	<input type="checkbox"/> (a) La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa <input type="checkbox"/> (b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro <input type="checkbox"/> (c) Dificil acceso al banco/cajero <input type="checkbox"/> (d) Banco/cajero cerrado/no atiende <input type="checkbox"/> (e) No abonaron la cuenta del usuario <input type="checkbox"/> (f) Bloquearon la cuenta del usuario <input type="checkbox"/> (g) Pérdida de tarjeta del usuario <input checked="" type="checkbox"/> (h) Otros Precise: <i>De xmbites no pagan completo</i>		
III. PROCESO: GESTIÓN 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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes)</i>			
28.1 Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
<i>Explicar: Buena por el proceso de pago</i>			
29 ¿Usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes)</i>			
29.1 ¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual (c) 3 veces (d) 4 veces a más	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
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"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
29.3 ¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena	<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 checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
30 ¿Usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
<i>(De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes)</i>			
30.1 ¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual (c) 3 veces (d) 4 veces a más	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
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	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
30.3 ¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR	
30.4 ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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 (via telefónica, whatsapp u otro medio no presencial)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR		
32 En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> 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?

34 ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted (a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) mas de 3 meses

35 ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?

35.1 De marcar NO precise la dificultad:

SI	NO	NS/NR
SI	NO	NS/NR

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO DEL PROGRAMA

36 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?

37 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?

38 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?

39 ¿Algún operador/representante del Programa Contigo, le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?

SI	NO	NS/NR
SI	NO	NS/NR
SI	NO	NS/NR
SI	NO	NS/NR

40 OBSERVACIONES (o dificultades)

41 RECOMENDACIONES

42 FECHA FINAL de la entrevista: 07/02/2011

44 HORA FINAL de la entrevista: 12:35

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 TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	Yoni Corrocho Marcom	Nombres y Apellidos:	Xody Chacon Delgado
DNI:	44823560	DNI:	44523759
Cargo:	Presidente	Cargo:	RC-CVC
Correo electrónico:		Correo electrónico:	apuntaco@retve.pasiva@gmail.com
Teléfono:	972469920	Teléfono:	984046553



[Firma]
 Virginia Carrizo Mendoza
 RESPONSABLE