

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

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

Huánuco, 19 de setiembre de 2022

**OFICIO N° 0124-2022-CTVC/HUANUCO**

Sra.

**Nancy Nérida Aucahuasi Dongo**

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 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° 0107-2022-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](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [huanuco.rrctvcperu@gmail.com](mailto: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° 0107-2022-CTVC/HUA
PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 23/08/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>		
2. APELLIDOS NOMBRES:	DURAN ZUÑIGA LIZ VANESA	3. NÚMERO-DNI: 60496074
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CHAGLLA	5. CARGO: SECRETARIA DEL CLTVC
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA: 23/08/2022
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	8. PROVINCIA: PACHITEA
9. DISTRITO:	CHAGLLA	10. CCPP/DIRECCIÓN: CHAGLLA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 47257031 - RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE CHAGLLA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	258	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>		

El 23/08/2022, se realizó una entrevista vía telefónica a la Señorita Rosy Eileen Trinidad Carbajal, identificada con DNI N° 47257031, responsable de la OMAPED de la Municipalidad distrital de Chaglla, registrándose la información en la Ficha de Entrevista V-197-2022-HUA-D, donde se identificó los siguientes puntos críticos:

1. **PERSONAL DE OMAPED/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIO CAPACITACION CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS / TRAMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA.** - Durante la entrevista realizada a la Señorita Rosy Eileen Trinidad Carbajal, responsable de OMAPED del mencionado distrito, se pudo evidenciar el desconocimiento que posee sobre temas importantes del programa Contigo que podrían afectar el servicio que deben brindar a los usuarios del programa en el distrito, tales como: finalidad del programa y las modalidades de afiliación..

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 éntasis 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.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento del **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE**
2. Se recomienda fortalecer las líneas de comunicación entre programa Contigo-OMAPED.
3. Se recomienda fortalecer la articulación con los aliados estratégicos a fin de que reciban capacitación e información completa para brindar una atención oportuna.
4. 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-197-2022-HUA-D (04 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:	23/08/2022	2
		HORA INICIAL de la entrevista:	
		8:00 a. m.	

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) Setiembre - Octubre (f) Noviembre - Diciembre

I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:			
3	DEPARTAMENTO:	HUANUCO	4
5	DISTRITO:	CHAGLLA	6
		PROVINCIA:	PACHITEA
		Dirección de la Municipalidad:	CHAGLLA

II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):			
7	N° DNI del Informante:	47257031	8
9	Edad del Informante:	30	10
		Apellidos y nombres del Informante:	ROSY EILEEN TRINIDAD CARBAJAL
11	Teléfono/celular del Informante:	21891640	12
		Sexo del Informante	Femenino ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Masculino ( <input type="checkbox"/> )
		Presenta alguna discapacidad: marque	SI ( <input type="checkbox"/> ) NO ( <input checked="" type="checkbox"/> )
13	Fecha que inició labores en OMAPED	1/09/2019	
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 PENSION NO CONTRIBUTIVA			
16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
17	¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
18	¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
19	¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
20	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
21	¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?		SI NO NS/NR
<b>(De marcar NO, pase a la pregunta 23 y siguientes)</b>			
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 PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN			
23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI NO NS/NR
24	¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI NO NS/NR
<b>De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes</b>			
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
26.1	De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó? → Pase a la Pregunta 28 y siguientes:		
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE			
27	¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?		SI NO NS/NR
<b>De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes</b>			

**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**

<b>Teléfono Regional:</b>	<b>942154740</b>	<b>FICHA DE ENTREVISTA</b> <b>OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO</b>	<b>CODIGO N° V-197-2022-HUA-D</b>
<b>Teléfono Nacional:</b>	<b>942160511</b>		
		<b>(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA</b>	<b>(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA</b>

<b>1</b>	<b>FECHA INICIAL de la entrevista:</b>	<b>23/08/2022</b>	<b>2</b>	<b>HORA INICIAL de la entrevista:</b>	<b>8:00 a. m.</b>
<b>27.1</b>	¿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>		<b>(a)</b>	La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa	
			<b>(b)</b>	El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro	
			<b>(c)</b>	Difícil acceso al banco/cajero	
			<b>(d)</b>	Banco/cajero cerrado/no atiende	
			<b>(e)</b>	No abonaron la cuenta del usuario	
			<b>(f)</b>	Bloquearon la cuenta del usuario	
			<b>(g)</b>	Pérdida de tarjeta del usuario	
			<b>(h)</b>	Otros Precise:	

**III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO**

**VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)**

<b>28</b>	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes</b>					
<b>28.1</b>	Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>28.2</b>	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>28.3</b>	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>28.4</b>	Si la respuesta es "SI" el Programa le brindo asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>28.5</b>	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>28.6</b>	Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?:	<b>(a)</b> Muy mala	<b>(b)</b> Mala	<b>(c)</b> Regular	<b>(d)</b> Buena
				<b>(e)</b> Muy Buena	<b>NS/NR</b>
		<i>Explique:</i>			
<b>29</b>	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes</b>					
<b>29.1</b>	¿Cuál fue la modalidad?	<b>(a)</b> Presencial	<b>(b)</b> Virtual		
<b>29.2</b>	¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	<b>(a)</b> 1 sola vez	<b>(b)</b> 2 veces	<b>(c)</b> 3 veces	<b>(d)</b> 4 veces a más
					<b>NS/NR</b>
<b>29.3</b>	¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>29.4</b>	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	<b>(a)</b> Muy mala	<b>(b)</b> Mala	<b>(c)</b> Regular	<b>(d)</b> Buena
				<b>(e)</b> Muy Buena	<b>NS/NR</b>
<b>30</b>	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes</b>					
<b>30.1</b>	¿Cuál fue la modalidad?	<b>(a)</b> Presencial	<b>(b)</b> Virtual		
<b>30.2</b>	¿Cuántas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	<b>(a)</b> 1 sola vez	<b>(b)</b> 2 veces	<b>(c)</b> 3 veces	<b>(d)</b> 4 veces a más
					<b>NS/NR</b>
<b>30.3</b>	¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>30.4</b>	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?:	<b>(a)</b> Muy mala	<b>(b)</b> Mala	<b>(c)</b> Regular	<b>(d)</b> Buena
				<b>(e)</b> Muy Buena	<b>NS/NR</b>
<b>VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL</b>					
<b>31</b>	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 presencial)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	

## 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° V-197-2022-HUA-D				
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA					
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	23/08/2022	2	HORA INICIAL de la entrevista:	8:00 a. m.			
32	En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?				SI	NO	NS/NR	
33	En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicio complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?				SI	NO	NS/NR	
34	¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted como responsable de la 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?	<i>Puede ampliar la respuesta en observaciones</i>				SI	NO	NS/NR
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	<i>Puede ampliar la respuesta en observaciones</i>				SI	NO	NS/NR
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	<i>Puede ampliar la respuesta en observaciones</i>				SI	NO	NS/NR
39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	<i>Puede ampliar la respuesta en observaciones</i>				SI	NO	NS/NR
40	OBSERVACIONES (o dificultades)							
41	RECOMENDACIONES							
42	FECHA FINAL de la entrevista:	23/08/2022	44	HORA FINAL de la entrevista:	8:40 a. m.			
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:		DURAN ZUÑIGA LIZ VANESA		Nombres y Apellidos:		SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO		
DNI:		60496074		DNI:		42081603		
Cargo:		SECRETARIA CLTV		Cargo:		ET-RC-CTVC		
Correo electrónico:				Correo electrónico:		HUANUCO1.RCVTCPERU@GMAIL.COM		
Teléfono:		958976087		Teléfono:		942154740		