Apurímac, 09 de noviembre de 2022

OFICIO Nº0055-2022-CTVC/APURIMAC
Señora
Nancy Nerida 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 nueve (09) 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 CASOS[1]:

- CASO N° 0133-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0134-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0135-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0136-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0137-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0138-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0139-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0140-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0141-2022-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° 0141-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CONTIGO**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**07/11/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CHACON DELGADO YUDY	**3. NÚMERO-DNI:**	44523759
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**03/11/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	ANDAHUAYLAS
9. DISTRITO:	PACUCHA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	CERCADO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	28714112-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE PACUCHA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

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

1. **PERSONA CON DISCAPACIDAD SEVERA EN CONDICION DE POBREZA NO ESTA EN EL PROGRAMA (POSIBLE CASO DE SUBCOBERTURA).** Mediante llamada telefónica, el responsable de OMAPED de la Municipalidad Distrital de Pacucha, indicó que con fecha 09 de setiembre de 2022 envío el OFICIO N° 401- MDP-OMAPED-JVH, con una relación de 01 potencial usuario que cumplen con los requisitos exigidos por el programa, a la fecha aún no reciben respuesta positiva a su solicitud de afiliación. (Ver ficha de Atención).

   La relación de persona potencial usuario, se detalla en el cuadro siguiente:

N°	Nombres y Apellidos	DNI
1	Anali Nelida Inca Oscco	60834288

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa CONTIGO debe garantizar el cumplimiento R.D.E. N° 095-2021-MIDIS/PNPDS-DE, que aprueba la Directiva N° 007- 2021-MIDIS/PNPDS-DE denominada “Gestión de la afiliación a la pensión no contributiva” y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio.

- El Programa CONTIGO realice las indagaciones respectivas del 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 Atención N° A-056-2022-APU-D (01 folios)
2. OFICIO N°401-2022-MDP-OMAPED-JVH (01 folios)

……

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Atención N° A-056-2022 (02 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**FICHA DE ATENCIÓN**	**FICHA N°** A-056-2022-D

El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social

-LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-

1.PROGRAMA pon X:	**CONTIGO (x) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( )**	**2.FECHA de REGISTRO:**	03 / **11 /2022**

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: ***De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)***

3. Apellidos Nombres:	Vargas Huaman Juan	**4. Documento-DNI:**	28714112
5. Sexo (Género):	Masculino (x) Femenino ( )	**6. Fecha-Nacimiento:**	
7. Es Usuario(a)?:	**SI** ( )Fecha Afiliación / / / **NO** (X)	**8. Tiempo Residencia:**	( ) MESES
9. Correo Electrónico:		**10. Telef. Personal:**	984046553
11. Institución/Cargo:		**12. Telf. Institucional:**	
13. Departamento:	APURÍMAC	**14. Provincia:**	ANDAHUAYLAS
15. Distrito:	PACUCHA	**16. CCPP/Dirección:**	CERCADO

II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO: **17.FECHA OCURRENCIA:** **3/11/2022**

A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:

18. Departamento:	APURÍMAC	**19. Provincia:**	ANDAHUAYLAS
20. Distrito:	PACUCHA	**21. CCPP/Dirección:**	CERCADO

B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: ***El Informante debe precisar bien lo siguiente:***

22. LOS HECHOS OCURRIDOS. CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos,Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO.

PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?

Mediante llamada telefónica, el responsable de OMAPED de la Municipalidad Distrital de Pacucha, indicó que con fecha 05 de setiembre de 2022 envío el OFICIO N° 401- MDP-OMAPED-JVH, con una relación de 01 potencial usuario que cumplen con los requisitos exigidos por el programa, a la fecha aún no recibe respuesta a su solicitud de afiliación.

23.TIPO d ATENCIÓN:	**Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( ) Queja (X) Denuncia ( )**	**24.TOTAL FOLIOS:**	
25.Dctos. ADJUNTOS:	**Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( )**		
26.OBSERVACIONES .			

NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)	**NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL**
NOMBRES APELLIDOS: YUDY CHACÓN DELGADO	---------- **NOMBRES APELLIDOS:**
DNI: 44523759 **CARGO:** Responsable de campo	**DNI:. CARGO:**

Anexo 2: OFICIO N° 0401-2022-MDP-OMAPED-JVH

Municipalidad Distrital de Pacucha

EL AÑO ES AÑO DEL FORTALECIMIENTO DE LA SOBERANIA NACIONAL

OFICIO-N,-401--- -2022- -MDP--AL PACUCHA 9 DE setiembre DEL 2022

SEÑORA DIANA ELIZABETH PRUDENCIO GAMIO

DIRECTORA ejecultiva de programa nacional del entrega de la pension

NO contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza

Asunto Expredienie para solicitar Atliacion de programa nacional CONTIGO

Tengo el agrado dirigirme a usted a fin de saludarle cordialmente a nombre de la Municipalidad Distrito pacucha provincia de Andahuaylas Departamento Apurimac que respecto y a la vez remitir las solicitar de Atliacion al programa de la pension no contributiva A personas en situación de pobreza CONTIGO a fin de quese pueda inicial el tramite correspondiente para su Aprobacion para ellos adjunto Expedientes Correspondientes 1 en usuarios 6 folios los cuales detallan a continuación

NO	REGION	PROVINCIA	DISTRITO	NOMBRE Y APELLIDO	DNI
1---	Apurimac	Andahuaylas	pacucha	Anali Nelida Inca oscco	60834288

Sin otros particular Aprovecho la oportunidad para Expresarle las nuestras de mi especial consideración para las coordinación que fueran necesarias agradecerè comunicar RESPONSABLE de la oficina OMAPED al señor juan Vargas huaman al telefono al señor juan Vargas huaman al telefono N,925402282 Esperando la atencion en beneficio de los usuarios Aprovecho la oportunidad para Expresarle mi sentimento de especial consideración y estima personal

ATENTAMENTE

MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE PACUCHA

ALCALDE