

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

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"**

Huánuco, 15 de setiembre de 2023

OFICIO N° 0217-2023-CTVC/HUANUCO

Sra.

Orfelina Arpasi Quispe

Directora Ejecutiva

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

Presente. -

Asunto: Se ALERTA 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 CASO¹:

• **CASO N° 0148-2023-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

¹Para 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 de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 0148-2023-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CONTIGO		1. FECHA DE REGISTRO: 24/08/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		LORENZO SANTA CRUZ FIORELA LAURA		3. NÚMERO-DNI: 43820311	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL HUÁNUCO		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 24/08/2023	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA: PUERTO INCA	
9. DISTRITO:		PUERTO INCA		10. CCPP/DIRECCIÓN: PUERTO INCA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 70232720-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE PUERTO INCA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		96		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 24/08/2023, se entrevistó a la ciudadana Delicia Torres Reategui identificada con DNI N° 70232720, registrando la información en la Ficha de vigilancia N° V-0295-2023-HUA-D, con el siguiente punto crítico:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA A PERSONAL DE OMAPED/OREDIS USUARIO Y CLAVE PARA USO DE LA APLICACIÓN USUARIO ALIADO (OMAPED/OREDIS).**- En entrevista realizada a la responsable del OMAPED quien viene laborando desde el mes de febrero manifestó que, desde el mes de Mayo no cuenta con el usuario y Clave para uso de la aplicación Usuario Aliado, refiere también que realizó la solicitud en dos oportunidades y hasta la fecha no recibe respuesta por parte del programa, lo cual no facilita la obtención de información oportuna, creando así incertidumbre y dejando inconclusas las consultas de los ciudadanos, ante la demanda de información solicitada por los usuarios/as.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que vienen implementando para la solución de la citada alerta.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (02))

1. Anexo N° 01: Ficha de Vigilancia V-0295-2023-HUA-D (02 folios).

Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
SEDE REGIONAL HUAMUCO			
VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO			
Telefono Regional:	942101032	FICHA DE ENTREVISTA	
Telefono Nacional:	942190511	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	
		CODIGO N° V-295-2023-HUD-D	
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
1. FECHA INICIAL de la entrevista:	24/08/2023	2. HORA INICIAL de la entrevista:	03:45
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.			
B) RECIBE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Septiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre			
I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:			
3. DEPARTAMENTO:	Huamuc	4. PROVINCIA:	Puerto Rico
5. DISTRITO:	Puerto Rico	6. Dirección de la Municipalidad:	Dr. Valcayo S/N
II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):			
7. N° DNI del Informante:	30232330	8. Apellidos y nombres del Informante:	TORRES BRATEGUA DELICIA
9. Edad del Informante:	31	10. Sexo del Informante:	Femenino ☒ Masculino ☐
11. Teléfono/celular del Informante:	925689464	12. Presenta alguna discapacidad: marque	SI ☐ NO ☒
13. Fecha que inició labores en OMAPED:	07/03/2023		
14. Nivel de Instrucción del Informante:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico ☒ Superior		
15. Idioma predominante del Informante:	(a) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Inca (f) Otro:		
III. 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?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
17. ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
18. ¿Usted conoce los requisitos de afiliación al Programa Contigo?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
19. ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1900)?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
20. ¿Usted conoce los pasos para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
21. ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
De marcar NO, pase a la pregunta 22 y siguientes			
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 30 soles (d) 31 soles o más		
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN			
23. ¿Usted conoce los pasos para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	Para confirmar la respuesta por el informante que aplica (Puede ser 2 puntos)		
24. ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
De marcar NO, pase a la pregunta 25 y siguientes			
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 30 soles (d) 31 soles o más		
C. VERIFICACIÓN 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, precite: ¿Por qué no se realizó? —> Y Pase a la Pregunta 28 y siguientes:			
C.1. INCIDENTES RELACIONADOS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE			
27. ¿Logran quejarse/denunciar a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?	SI ☐ NO ☒ NS/NR ☐		
De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes			
27.1. ¿Cuáles son los principales quejarse/denuncias que logran a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? (Puede marcar más de una opción):	☐ La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa ☐ El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro ☐ Difícil acceso al banco/cajero ☐ Bancos/cajeros cerrados/no atiende ☐ No abonaron la cuenta del usuario ☐ Bloquearon la cuenta del usuario ☐ Pérdida de tarjeta del usuario ☐ Otros: Precisar		
IV. 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?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes			
28.1. Si la respuesta es "SI", ¿usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
28.2. Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
28.3. Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
28.4. Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda asistencia técnica sobre el uso de la información de los/as usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
28.5. Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brinda materiales informativos para el uso correcto de los datos contenidos en la aplicación?	SI ☒ NO ☐ 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		
29. ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes			
29.1. ¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual		
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 o más		
29.3. ¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
29.4. ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena		
30. ¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes			
30.1. ¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual		
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 o más		
30.3. ¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
30.4. ¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena		
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 (vía telefónica, WhatsApp u otro medio no presencial)?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
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 8 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 comunicó con:	(a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) más de 3 meses		
35. ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?	SI ☒ NO ☐ NS/NR ☐		
35.1. De marcar NO precite la dificultad:			

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:	942161682	FECHA DE ENTREVISTA		CODIGO N°	9-245-2023-114-D
Teléfono Nacional:	942166511	ONAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		
1 FECHA INICIAL de la entrevista:	24 / 03 / 2023	2 HORA INICIAL de la entrevista:	03:45		
NOTA IMPORTANTE:					
A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente al responsable de la ONAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.					
B) PRECISE EL Bimestre de pago que se vigila: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Septiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre					
IV TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD					
VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLÍTICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo					
36	¿Le pide dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	Puede elegir la respuesta en observaciones	SI	NO	NSMR
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	Puede elegir la respuesta en observaciones	SI	NO	NSMR
38	¿Le pide que apoye o vote a favor de algún candidato?	Puede elegir la respuesta en observaciones	SI	NO	NSMR
39	¿Le pide que asista alguna reunión o taller de algún candidato?	Puede elegir la respuesta en observaciones	SI	NO	NSMR
40	OBSERVACIONES (o detalladas)				
41	RECOMENDACIONES				
42 FECHA FINAL de la entrevista:	24 / 03 / 2023	43 HORA FINAL de la entrevista:	04:45		
DATOS DEL VEDON-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		
Nombre y Apellidos:		Nombre y Apellidos:	Francisco J. José Infante Sandoval		
DNI:		DNI:	43210811		
Cargo:		Cargo:	EC - CIVIC		
Correo electrónico:		Correo electrónico:	huanuco@contigo.org.pe		
Teléfono:		Teléfono:	982056287		