

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL JUNIN
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Huancayo, 25 agosto del 2023.

OFICIO N° 0184-2023-CTVC/JUNÍN

Señor(a)

ORFELINA ARPASI QUISPE

Directora Ejecutiva (e) del Programa Nacional del proceso de entrega de la pensión no contributiva a personas con discapacidad severa en situación de pobreza – CONTIGO.

Junín.-

Asunto: Se ALERTA Uno (01) CASO(S).

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 (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 177-2023-CTVC/JUN.

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los 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,



JESSICA ROJAS DOMINGUEZ
RESPONSABLE REGIONAL-CTVC

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; precisando 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 demuestran la acción correctiva.

3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestran.

4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a 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 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO PARCIALMENTE RESUELTO.

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 Junín: (#)942161273
Teléfono Nacional: (#)942160416

CASO

N° 177-2023-CTVC/JUN

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	20/07/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROJAS DOMINGUEZ JESSICA LILIANA	3. NÚMERO-DNI:	20072336
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	20/07/2023
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	8. PROVINCIA:	SATIPO
9. DISTRITO:	SATIPO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SATIPO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	21007256-RESPONSABLE OMAPED-SATIPO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02 puntos crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El 20/07/2023 durante las acciones de veeduría/vigilancia se entrevistó a la Srta. Abrahán Leiva Damián, responsable de la OMAPED de la municipalidad distrital de Satipo, provincia de Satipo, se aplicó la ficha de Entrevista N°260-2023-JUN-D; donde se registró 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 responsable de la OMAPED, se le realizo varias preguntas con respecto a las capacitaciones y asistencia técnicas por parte del programa. El Sr. Abrahán Leiva manifestó que no ha recibido capacitación sobre el trámite de autorización para el cobro de la Pensión.
2. **PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA.** Durante la entrevista se le pregunto al responsable de la OMAPED si resulta fácil comunicarse con la sede central del programa CONTIGO, respondió que NO, porque cada vez que llamo no contestan, igual pasa con el Whats App solo te dejan en visto.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a) 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.
- b) Sugerimos al programa que se implemente una oficina de enlace del programa Contigo en la Región Junín para que las OMADEP, usuarios/as y potenciales usuarios/as reciban una atención oportuna clara y comprensible.
- c) 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.

1. Copia de Ficha de Entrevista N° 260-2023-JUN-D (1 folio).



**JESSICA LIANA ROJAS
DOMINGUEZ
RESPONSABLE REGIONAL -**

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL JUNIN

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO


Telefono Regional:	942161273	FICHA DE ENTREVISTA		CODIGO N°	260
Telefono Nacional:	984056206	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA		
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	20/03/23	2	HORA INICIAL de la entrevista:	10:00 am
NOTA IMPORTANTE:					
PRECISE EL PERIODO DE PAGO QUE SE VIGILA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril <input checked="" type="checkbox"/> Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (f) Noviembre - diciembre					
I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:					
3	DEPARTAMENTO:	JUNIN	4	PROVINCIA:	SATipo
5	DISTRITO:	Satipo	6	Dirección de la Municipalidad:	
I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):					
7	N° DNI del Informante:	71007256	8	Apellidos y nombres del Informante:	Ipika Darian Abraham
9	Edad del Informante:	54	10	Sexo del Informante	Femenino () Masculino (X)
11	Teléfono/celular del Informante:	984530219	12	Presenta alguna discapacidad: marque	SI () NO (X)
13	Fecha que inicio labores en OMAPED	10/12/21			
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) Awajun (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
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 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 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 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
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 type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR

<i>(De marcar NO Pase a la Pregunta 28 y siguientes)</i>	
27.1	<p>¿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></p> <p>(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 al 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>(h) Otros Prose: <i>SUSPENDIDOS</i></h></p>

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)			
28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		SI NO 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?		SI NO 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?		SI NO NS/NR
28.3	Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brindó 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 brindó asistencia técnica sobre el uso de la información de los/los usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales?		SI NO NS/NR
28.5	Si la respuesta es "SI", ¿el Programa le brindó 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	NS/NR
		<i>Explique</i>	
29	¿Usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?		<input checked="" type="checkbox"/> SI NO 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	
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	NS/NR
29.3	¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?		<input checked="" type="checkbox"/> 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	NS/NR
30	¿Usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSION?		SI NO 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	
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	NS/NR
30.3	¿Le 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	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 (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 6 últimos meses, ¿Se brindó algún servicio complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?		<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR
34	¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted?	(a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) más de 3 meses	NS/NR
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?		SI NO NS/NR
35.1	<i>De marcar NO precise la dificultad</i>		
IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD			
VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA			
36	¿Algun operador/representante del Programa Contigo, le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?		SI <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR

37	Algun operador/representante del Programa Cortega, usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
38	Algun operador/representante del Programa Cortega, le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
39	Algun operador/representante del Programa Cortega, le pidió que asista alguna reunión o más de algún candidato?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
40	OBSERVACIONES (o dificultades)				
41	RECOMENDACIONES				
42	FECHA FINAL de la entrevista:	22/03/23	44	HORA FINAL de la entrevista:	11:00 am
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:		Josma Rojas M	Nombres y Apellidos:		Jessica Rojas Ramírez
DNI:		70022226	DNI:		20022326
Cargo:		Asesor	Cargo:		Asesora
Correo electrónico:			Correo electrónico:		
Teléfono:		942161273	Teléfono:		942161273



 Lic. Abraham J. Silva Domínguez

 DIRECTOR GENERAL DE LA OFICINA NACIONAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA