

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 19 de agosto de 2022

OFICIO N° 0129-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señora

MARÍA LUISA CHÁVEZ KANASHIRO

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 dos (02) 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 el Equipo Técnico Regional de Lima Provincias del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0186-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0187-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

Se adjunta (06 folios)



Vladimir I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Telf. de Lima- Provincias: 984996604
Telf. Nacional: 984056206

CASO

N° 0187-2022-CTVC/LIP

PROGRAMA SOCIAL:	CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO:	17/08/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GONZALES PACHECO VLADIMIR ILLANOVICH	3. NÚMERO-DNI:	41985577
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	HUARAL
9. DISTRITO:	AUCALLAMA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PLAZA DE ARMAS SN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	76624505-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE AUCALLAMA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1

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

Durante las acciones de vigilancia al Programa Nacional de Entrega de la pensión no contributiva a la persona con discapacidad severa en situación de pobreza - CONTIGO, se realizó la entrevista a la responsable de OMAPED del distrito de Aucallama, identificándose el siguiente punto crítico:

1. PROGRAMA NO ENTREGA MATERIAL INFORMATIVO PARA EL USO CORRECTO DE LOS DATOS CONTENIDO EN LA APLICACIÓN

Durante la entrevista realizada al responsable de OMAPED de Aucallama, refiere que no recibió material informativo sobre el uso correcto del aplicativo usuario OMAPED

Esta situación estaría contraviniendo a lo estipulado en el numeral 7.1.1 “La Unidad de Comunicación e Imagen, en el marco de sus competencias difundirá a través de las plataformas digitales de la institución la importancia del uso y alcance de la aplicación USUARIO ALIADO para los Gobiernos Locales, Gobiernos Regionales y otros aliados, empleando materiales comunicacionales accesibles e inclusivos”. Asimismo, en el numeral 7.5.3 “La Unidad de Acompañamiento, en coordinación con la Unidad de Comunicación e Imagen, desarrollará materiales informativos para el acceso y uso correcto de la información contenida en la aplicación.” de la RDE N° RDE 137-2021-MIDIS/PNPPD-DE

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Gestión del Acompañamiento que se brinda a responsables de OMAPED y usuarios/as, y en observancia a los lineamientos técnicos del Programa Nacional CONTIGO, se sugiere lo siguiente:

- Asegurar la entrega de materiales informativos impresos o virtuales, para el uso correcto del aplicativo usuario – OMAPED.
- Garantizar el cumplimiento RDE 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE “Directiva de Gestión y Articulación”. Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03 folios)

1. Copia Ficha de Entrevista V-169-2022-LIP-D. (02 folios)


VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS

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

Telefono Regional:	984996604	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO		CODIGO N°	V-169-2022-LIP-D
Telefono Nacional:	984066206	(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		
1	FECHA INICIAL de la entrevista:	17/08/2021	2	HORA INICIAL de la entrevista:	16:40
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) 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					
I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:					
3	DEPARTAMENTO:	LIMA	4	PROVINCIA:	HUAYBAY
6	DISTRITO:	AUCALLAMA	6	Dirección de la Municipalidad:	Plaza de Armas 5ta
I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):					
7	N° DNI del informante:	76624505	8	Apellidos y nombres del informante:	LADIS ABEVILLO MORIS CRISTINA
9	Edad del informante:	22 años	10	Sexo del informante:	Femenino (X) Masculino ()
11	Telefonocelular del informante:	943862325	12	Presenta alguna discapacidad marque:	SI () NO (X)
13	Fecha que inició labores en OMAPED:	01/01/2021			
14	Nivel de instrucción del informante:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico Superior (g) Superior			
16	Idioma predominante del informante:	(a) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajitun (f) Otro			

II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

A. GESTIÓN DE AFILIACIÓN A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA

16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
17	¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
18	¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
19	¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?	SI	NO	NS/NR	
20	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
21	¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
De marcar NO, pase a la pregunta 23 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 50 soles	(d) 51 soles a más
B. GESTIÓN DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSION					
23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
24	¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR	
De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes					
26	¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?	SI	NO	NS/NR	
26.1	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 PENSION (COBRO DE LA PENSION 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? → Y Pase a la Pregunta 28 y siguientes:				
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE					
27	¿Llegaron quejas/reclamos 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 las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? (Puede marcar más de una opción.)	(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) Bancocajero cerrado/no atiende (e) No abonaron la cuenta del usuario (f) Bloquearon la cuenta del usuario (g) Pérdida de tarjeta del usuario (h) Otros. Precise:			

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?	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 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/as usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos persona?	SI	NO	NS/NR		
28.6	¿Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida 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
28.6	Explique: <i>Practicar con los trámites</i>					
29	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACIÓN A LA PENSION 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 a más	
29.3	¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?	SI	NO			
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 PENSION?	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 a más	
30.3	¿Lo capacitaron en el idioma que usted usa?	SI	NO			
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 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:	(a) 15 días	(b) 1 mes	(c) 2 meses	(d) más de 3 meses	
36	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?	SI	NO	NS/NR		
36.1	De marcar NO, precise la dificultad:					

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo

36	¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?		SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?		SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?		SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?		SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
40	OBSERVACIONES (o dificultades)	Llamada telefonica Después de que representantes no resuelven las dudas de representantes de la JECTONSTA.			
41	RECOMENDACIONES				
42	FECHA FINAL de la entrevista:	2 10B 2020	44 HORA FINAL de la entrevista:	16 57	
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:	VLDNIMR GONZALEZ PACHECO		Nombres y Apellidos:	VLDNIMR GONZALEZ PACHECO	
DNI:	41985577		DNI:	41985577	
Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL		Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL	
Correo electrónico:	LIMPROVINCIA5.RRCTUCPERU@GMAIL.COM		Correo electrónico:	LIMPROVINCIA5.RRCTUCPERU@GMAIL.COM	
Teléfono:	984996604		Teléfono:	984996604	