**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**
**UNIDAD TERRITORIAL ANCASH**

***"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"***

## OFICIO N° 017-2021-CTVC/ANCASH

Ancash, 12 de febrero de 2021.

**Señora:**
Diana Elizabeth Prudencio Gamio
Directora Ejecutivo
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza - Contigo.

Ancash.-

**Asunto: Remito ALERTA diez (10) 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 (en adelante, el Comité), en especial de su presidente, Monseñor Luís Bambarén Gastelumendi. Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 realizado por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, como Responsable del Equipo Técnico le hago llegar los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 057-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 058-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 059-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 060-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 061-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 062-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 063-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 064-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 065-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 066-2021-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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,

MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Equipo Técnico-Ancash

[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. Ancash : 942154203**<br>**Telf. Lima : 942160416** | **CASO** | **N° 059-2021-CTVC/ANC** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROGRAMA SOCIAL:** | **CONTIGO** | **1. FECHA DE REGISTRO:** | **13/12/2020** |
| **I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:** | | | |
| **2. APELLIDOS NOMBRES:** | MAUTINO REYES, JUAN ALBERTO | **3. NÚMERO-DNI:** | 32035256 |
| **4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN** | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE SHILLA | **5. CARGO:** | PRESIDENTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:** | | **6. FECHA DE OCURRENCIA:** | **13/12/2020** |
| **7. DEPARTAMENTO:** | ANCASH | **8. PROVINCIA:** | CARHUAZ |
| **9. DISTRITO:** | SHILLA | **10. CCPP/DIRECCIÓN:** | PLAZA DE ARMAS S/N |
| **11. PROCESO:** | GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO | **12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?** | MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE SHILLA |
| **13. CANTIDAD DE AFECTADOS:** | 04 | **14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS** | 02 |

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

En el marco de la Campaña de Vigilancia al Proceso de Gestión de la Entrega y Gestión del Acompañamiento de la Pensión No Contributiva del Programa Contigo, se entrevistó al responsable de la Oficina Municipal de Atención a la Persona con Discapacidad - OMAPED del distrito de Shilla, Sr. Evaristo Marcelo Colonia Marcelo, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS:** Durante la entrevista, el responsable de la OMAPED indicó que en los últimos seis (6) meses no se brindó ningún servicio complementario especializado a los usuarios del programa, que contribuyan a la mejora de su calidad de vida, actividad que no era de su conocimiento.
   De lo señalado no se estaría cumpliendo lo dispuesto en la RDE 095- 2020-MIDIS/PNPCDS, numeral 5.6.3.2 Gestión del acompañamiento a nivel de usuario, hogar y comunidad, donde señala "El proceso de acompañamiento apuesta por un modelo social de la discapacidad, que complemente la entrega de la pensión no contributiva a través de acciones orientadas a la restitución y reconocimientos del usuario del programa como sujeto o titular de derecho, así como el fortalecimiento y empoderamiento de los hogares con PCDS y para el acceso a servicios complementarios presentes en la comunidad que aseguren la mejora de la calidad de vida de nuestros usuarios".

2. **PERSONAL DE LA OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA:** El responsable de la OMAPED indicó, en las oportunidades que se comunicó telefónicamente con la sede central del programa Contigo, al número telefónico (01)644-9006 destinado a brindar atención al usuario publicado en su página web, no responden las llamadas, ésta situación no le permite despejar sus dudas y dar seguimiento a los trámites de afiliación oportunamente, provocando una débil articulación y coordinación con el programa.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

En el marco de los lineamientos técnicos del programa para el cumplimiento adecuado del Proceso de Gestión de la Pension No Contributiva que se brinda a las personas con discapacidad severa, en ese sentido se sugiere lo siguiente:

- Favorecer el acceso a servicios complementarios con la finalidad de mejorar la calidad de vida de los usuarios/as y potenciales usuarios/as pertenecientes al ámbito del distrito, buscando la intervención de aliados estratégicos.
- Se mejore los niveles de coordinación con la OMAPED del distrito de Shilla, con el fin de mantener informados a los usuarios/as del programa Contigo y ciudadanía del distrito en mención, en el marco del resguardo de la transparencia en las acciones del programa y la atención de calidad que impulsa el programa.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1.- Copia de Ficha de Entrevista N° 020-2020-ANC-D (02 folios).

**Virna Siobbhan. S. Medina Figueroa**
Responsible de Campo del Comite de
Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Ancash

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 943814203
Teléfono Nacional: 995095602

## FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° E-016-2020-ANC-3

SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA - SESIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA CONTIGO

ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA ONAPED

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| a | Fecha de la entrevista | 13 / 01 / 2020 | b | Hora de entrevista: | INICIO: FINAL: |

**I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de ONAPED)** SUBGERENTE CATASTRO, PUBLICO

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| c | N° DNI del informante | 31094953 | d | Apellidos y nombres del informante: Cristian Manuel Cuadro Marcos |
| e | Fecha de nacimiento del informante | 14 / 05 / 1982 | f | Edad del informante: 37 |
| g | Sexo del informante | Femenino / Masculino (X) | h | Teléfono/celular del informante: 943807372 |
| i | Presenta alguna discapacidad: marque | Si ( ) NO (X) | | Fecha que inició labores en ONAPED: 01 / 10 / 2019 |
| k | Nivel de instrucción del informante | a) Sin nivel ( ) b) Inicial ( ) c) Primaria ( ) d) Secundaria (X) e) Básica especial ( ) f) Técnico ( ) g) Superior ( ) | | |
| l | Idioma predominante del informante | a) Castellano / Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajun ( ) f) Otro: | | |
| m | DEPARTAMENTO: | ANCASH | n | PROVINCIA: CONDORCANQUI |
| n | DISTRITO: | CHILLIA | o | Dirección de la Municipalidad: Plaza de Armas N°01 |

**II. PROCESO: ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA**

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **A. SOBRE LA AFILIACIÓN AL PROGRAMA** | | | | | | |
| 1 | ¿Usted sabe en qué consiste el Programa Contigo? | | X | NO | NS/NR | |
| 2 | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo? | | X | NO | NS/NR | NA |
| 3 | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo? | | X | NO | NS/NR | NA |
| 4 | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1001)? | | X | NO | NS/NR | NA |
| 5 | ¿Usted conoce los pasos para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo? | | X | NO | NS/NR | NA |
| 6 | ¿Usted ha realizado alguna trámite de afiliación al Programa Contigo? (De marcar NO, pasar a la pregunta 8 y siguientes) | | X | NO | NS/NR | |
| 7 | ¿Es cómodo el trámite de la solicitud de afiliación en esta oficina? | | | | | |
| 7.1 | De marcar NO, diga cuánto es el costo: | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 30 ( ) c) de 31 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( ) | | | | |
| **B. SOBRE AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA:** | | | | | | |
| 8 | ¿Usted conoce los pasos para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo? | | X | NO | NS/NR | NA |
| 9 | ¿Usted ha realizado alguna trámite de autorización de cobro al Programa Contigo? (De marcar NO, pasar a la pregunta 11 y siguientes) | | X | NO | NS/NR | |
| 10 | ¿Es cómodo el trámite para la autorización de cobro en esta oficina? | | X | NO | NS/NR | |
| 10.1 | De marcar NO, diga cuánto es costo | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 30 ( ) c) de 31 a 50 soles ( ) d) de 51 a más ( ) | | | | |
| **C. SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN (COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA):** | | | | | | |
| 11 | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre julio-agosto (Padrón IV-2020)? | | X | NO | NS/NR | |
| 11.1 | De marcar NO, pregunta: ¿Por qué no se realizó? | | | | | |
| 12 | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre septiembre-octubre (Padrón V-2020)? | | X | NO | NS/NR | |
| 12.1 | De marcar NO, pregunta: ¿Por qué no se realizó? | | | | | |
| 13 | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020)? | | X | NO | NS/NR | |
| **D. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)** | | | | | | |
| 14 | ¿Llegaron quejas/reclamos a la ONAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios? | | SI | X | NS/NR | |

(De marcar NO Pase a la Pregunta 16 y siguientes)

14.1 ¿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 actualización de cobro | ( ) |
| c) | Difícil acceso a Bancaja | |
| d) | Bancajero con datafono ausente | |
| e) | No atienden la cuenta del usuario | |
| f) | Bloquearon la cuenta del usuario | |
| g) | Pérdida de tarjeta del usuario | |
| h) | Otros | Precisar: |

## III. PROCESO: GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO

### D. CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ASISTENCIA REMOTA)

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 15 | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de afiliación y elaboración del padrón por parte del Programa Contigo? | | SI | NO | NS/NR |
| | (De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 16 y siguientes) | | | | |
| 15.1 | ¿Cuál fue la modalidad? | a) Presencial ( ) b) Virtual ( ) | | | |
| 15.2 | ¿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 |
| 15.3 | ¿Le capacitaron en el idioma que usted usa? | | SI | NO | NS/NR |
| 15.4 | ¿Como califica la capacitación recibida por el Programa? | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena ( ) | | | NS/NR |
| 16 | ¿El personal de la OMAPED recibió capacitación sobre el proceso de transferencia y entrega de la pensión por parte del Programa Contigo? | | SI | NO | NS/NR |
| | (De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 17 y siguientes) | | | | |
| 16.1 | ¿Cuál fue la modalidad? | a) Presencial ( ) b) Virtual ( ) | | | |
| 16.2 | ¿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 |
| 16.3 | ¿Le capacitaron en el idioma que usted usa? | | SI | NO | NS/NR |
| 16.4 | ¿Como califica la capacitación brindada por el Programa? | a) Muy mala ( ) b) Mala ( ) c) Regular ( ) d) Buena ( ) e) Muy buena ( ) | | | NS/NR |

### E. SOBRE SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17 | En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPED realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (vía telefonía/ WhatsApp u otro medio no presencial)? | | SI | NO | NS/NR |
| 18 | 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 |
| 19 | 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 |
| 20 | ¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con el responsable de la OMAPED? | a) 15 días ( ) b) 1 mes ( ) c) 2 meses ( ) d) Más de 3 meses ( ) | | | NS/NR |
| 21 | ¿La red de tele comunicaciones con la sede central del Programa Contigo? | | SI | NO | NS/NR |
| 21.1 | De marcar NO precise la dificultad | No contestan el teléfono | | | |
| 22 | OBSERVACIONES | No pudo participar el comité de la capacitación ninguna de las veces citadas a que fueron citados, cargos y no le dio permiso. | | | |
| 23 | RECOMENDACIONES | Solicita capacitación a usuarios y agilizar las solicitudes de cobro de manera urgente. | | | |

| DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSFERENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN | | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN | |
|---|---|---|---|
| Nombres y Apellidos: | Juan Alberto Martino Reyes | Nombres y Apellidos: | Vilma S. S. Medina Figueroa |
| DNI: | 37035256 | DNI: | 43444416 |
| Cargo: | Presidente | Cargo: | Responsable de Campo |
| Correo electrónico: | — | Correo electrónico: | [illegible] |
| Teléfono: | 923040815 | Teléfono: | 942552026 |