**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**
**UNIDAD TERRITORIAL JUNIN**
*"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"*

Huancayo, 21 enero de 2021.

**OFICIO N° 016-2021-CTVC/JUNÍN**

Señor(a):
**Jessica Cecilia Niño De Guzmán Esaine**
Directora Ejecutiva
Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con discapacidad Severa en Situación de Pobreza - Contigo.
Junín.-

**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 (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 realizada por los Miembros del Comité Local y el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 063-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 064-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 065-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 066-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 067-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 068-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 069-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 070-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 071-2021-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 Domínguez**
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; 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 demuestren.
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.

**Jr. San José 545- Urb. San Carlos - Huancayo. Junín**
**Celular: 942161273; 942156617; 942161273**
**http:// www.ctvcperu.org E-mail: junin.rrctvcperu@gmail.com**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| Teléfono de Junín: 942161273<br>Teléfono Nacional: 984056206 | **CASO** | **N° 063 –2021-CTVC/JUN** |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROGRAMA SOCIAL:** | **CONTIGO** | **1. FECHA DE REGISTRO:** | **15/12/2020** |
| **I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:** | | | |
| **2. APELLIDOS NOMBRES:** | **RUBEN ESPINAL CONTRERAS** | **3. NÚMERO-DNI:** | 80029430 |
| **4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN** | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA | **5. CARGO:** | PRESIDENTE |
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO** | | **6. FECHA DE OCURRENCIA:** | **15/12/2020** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **7. DEPARTAMENTO:** | JUNÍN | **8. PROVINCIA:** | HUANCAYO |
| **9. DISTRITO:** | SANTO DOMINGO DE ACOBAMBA | **10. CCPP/DIRECCIÓN:** | PLAZA PRINCIPAL S/N |
| **11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA** | GESTION DE ACOMPAÑAMIENTO | **12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?** | VIRTUAL-LLAMADA TELEFONICA |
| **13. CANTIDAD DE AFECTADOS:** | 03 | **14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:** | 01 Punto Crítico |

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

El 15/12/2020 durante las acciones de veeduría/vigilancia, se entrevistó al Sr. Bruno Sedano Vásquez, responsable de la OMAPED de la Municipalidad distrital de Santo Domingo de Acobamba, se registró el siguiente punto crítico:

1. **PERSONAL DE OMAPE/MUNICIPALIDAD/OREDIS NO RECIBIO CAPACITACION CONCERNIENTE A LOS SERVICIOS/TRAMITES QUE BRINDA EL PROGRAMA.** Durante la entrevista realizada al responsable de la OMAPED; Sr. Bruno Sedano Vásquez, se le pregunto si había recibido capacitación por parte del programa Contigo sobre los siguientes temas:
   - Proceso de afiliación y elaboración del padrón.
   - Proceso de Transferencia y entrega de la pensión.

   A las dos preguntas respondió que No.

**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 OMAPED, 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 a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

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

1. Copia de la Ficha de Entrevista N° 423- 2020-JUN-D (2 folios).

**Jessica Rojas Domínguez**

Responsable Regional

Comité de Transparencia Y Vigilancia Ciudadana
Equipo Técnico
Unidad Territorial
Junín

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

1-219-2020 - 20MM

Teléfono Regional: 942161273
Teléfono Nacional: 984056206

## FICHA DE ENTREVISTA

CODIGO N° 423-2020

### SEDE REGIONAL JUNIN

VIGILANCIA A LA GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA – GESTIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO DEL PROGRAMA CONTIGO

### ENTREVISTA AL RESPONSABLE DE LA OMAPED

a Fecha de la entrevista: 15 / 12 / 2020 | b Hora de entrevista: INICIO: 11:30 FINAL: 12:00

### I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de OMAPED):

| | | | |
|---|---|---|---|
| c | N° DNI del Informante: 44946116 | d | Apellidos y nombres del Informante: SEDANO VASQUEZ BRUNO |
| e | Fecha de nacimiento del Informante: 19/12/1983 | f | Edad del Informante: 37 años |
| g | Sexo del Informante: Femenino ( ) Masculino (X) | h | Teléfono/celular del Informante: 938786684 |
| i | Presenta alguna discapacidad: marque con X: SI ( ) NO (X) | j | Fecha que inició labores en OMAPED: 01/01/2020 |
| k | Nivel de instrucción del Informante: a) Sin nivel ( ) b) Inicial ( ) c) Primaria ( ) d) Secundaria ( ) e) Básica especial ( ) f) Técnico ( ) g) Superior (X) | | |
| l | Idioma predominante del Informante: a) Castellano / Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Asháninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros: | | |
| m | DEPARTAMENTO: JUNÍN | n | PROVINCIA: HUANCAYO |
| n | DISTRITO: Santo Domingo Acobamba | o | Dirección de la Municipalidad: plaza Principal S/N |

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

N° USUARIOS 3

#### A. SOBRE LA AFILIACION AL PROGRAMA

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | ¿Usted sabe en que consiste el Programa Contigo? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) | SI (X) | NO | NS/N |
| 2 | ¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) | SI (X) | NO | NS/N |
| 3 | ¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) | SI | NO (X) | NS/N |
| 4 | ¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) | SI (X) | NO | NS/N |
| 5 | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo? | (Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto) | SI (X) | NO | NS/N |
| 6 | ¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo? *(De marcar NO, pase a la pregunta 8 y siguientes)* | | SI | NO (X) | NS/N |
| 7 | ¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación en esta oficina? | | SI | NO | NS/N |
| 7.1 | De marcar NO, diga cuánto es el costo | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 a 50 soles ( ) d) de 51 soles a más ( ) | | | |

#### B. SOBRE AUTORIZACIÓN PARA COBRO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA:

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 8 | ¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo? | | SI (X) | NO | NS/N |
| 9 | ¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo? *(De marcar NO, pase a la pregunta 11 y siguientes)* | | SI | NO (X) | NS/N |
| 10 | ¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro en esta oficina? | | SI | NO | NS/N |
| 10.1 | De marcar NO, diga cuánto se paga | a) de 1 a 10 soles ( ) b) de 11 a 20 ( ) c) de 21 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)**? | | SI | NO (X) | NS/N |
| 11.1 | De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó? No hubo usuarios | | | | |
| 12 | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al **bimestre setiembre-octubre (Padrón V-2020)**? | | SI | NO (X) | NS/N |
| 12.1 | De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó? No hubo usuarios | | | | |
| 13 | ¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente **al bimestre noviembre-diciembre (Padrón VI-2020)**? | | SI | NO (X) | NS/N |
| | **C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSIÓN DEL BIMESTRE NOVIEMBRE-DICIEMBRE (Padrón VI-2020)** | | | | |
| 14 | ¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios? *(De marcar NO Pase a la Pregunta 15 y siguientes)* | | SI (X) | NO | NS/N |
| | | | SI | NO (X) | NS/N |

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 autorización de cobro ( )
c) Difícil acceso a 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) Otros ( ) Precise _____

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

### 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 telefónica, WhatsApp u otro medio no presencial)? | SI | NO | NS/N |
| 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/N |
| 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/N |
| 20 | ¿Hace cuanto 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/N |
| 21 | ¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo? | SI | NO | NS/N |
| 21.1 | De marcar NO precise la dificultad | | | |

22 **OBSERVACIONES** Que el programa ayude con los certificados medicos
Tenemos 25 potenciales usuarios.

23 **RECOMENDACIONES** Que se realice campañas de salud - entrega de certificado.

| DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO VIGILANTE DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA 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: | Ruben Espinal Ferreras | Nombres y Apellidos: | Jessica Rojas Domínguez |
| DNI: | 100.29.420 | DNI: | 20032226 |
| Cargo: | Presidente | Cargo: | Res. Reg. |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: | |
| Teléfono: | 944478664 | Teléfono: | 942161273 |