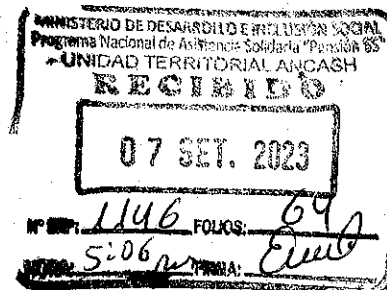


COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH

Huaraz, 07 de setiembre de 2023

OFICIO N° 0119-2023-CTVC/ANCASH

Señor  
**HECTOR IVAN LANDAURO SOTELO**  
Jefe de la Unidad Territorial Ancash  
Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65



Presente. -

Asunto : Se 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 (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)<sup>1</sup>:

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| • CASO N° 0266-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0271-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0267-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0272-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0268-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0273-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0269-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0274-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0270-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0275-2023-CTVC/ANC |

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,

  
  
MARITZA MALLQUI AGUILAR  
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

<sup>1</sup> 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

Av. Gamarra N° 375 Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP  
Celular: 942154203

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ancash.rctvcperu@gmail.com  
Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203	CASO	N° 0273-2023-CTVC/ANC
Telf. LIMA: 945095602		

PROGRAMA SOCIAL:	PENSIÓN 65	1. FECHA DE REGISTRO:	22/06/2023
------------------	------------	-----------------------	------------

### I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	MUÑOZ CUEVA KATTY KARINA	3. NÚMERO-DNI:	42790443
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN:	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CHAVIN DE HUANTAR	5. CARGO:	PRESIDENTA

### II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA:		22/06/2023	
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUARI
9. DISTRITO:	CHAVIN DE HUANTAR	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JR. HUAYNA CAPAC N° 325
11. PROCESO:	SERVICIO DE PAGADURÍA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	CHAVIN DE HUANTAR-0389
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	779	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	03

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

Durante las acciones de vigilancia al proceso de Entrega de la Subvención Económica del Programa Pensión 65 correspondiente al periodo MAYO-JUNIO 2023, se visitó el punto de pago: Agencia Bancaria Chavín de Huántar, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **NO SE PUBLICA/DIFUNDE EL PADRON DE USUARIOS SUSPENDIDOS/DESAFILIADOS:** En el operativo de pago, en el Banco de Nación NO se publicó el padrón de usuarios/as suspendidas en la Municipalidad o en el frontis de la agencia bancaria, concluyéndose que no se publicó en ningún otro lugar público, situación que no contribuye con la transparencia del proceso.
  
2. **AUSENCIA DE PROMOTOR U OTRO PERSONAL DE PENSION 65 DURANTE EL OPERATIVO DE PAGO:** El día del operativo de pago, se observó la ausencia del promotor, los usuarios/as no contaron con ningún tipo de acompañamiento. En el punto de pago asistieron usuarios/as procedentes de las comunidades quienes necesitaron orientación y acompañamiento, así como realizar consultas que no se pudieron realizar por ausencia del personal de campo.
  
3. **NO SE BRINDA ATENCION PREFERENCIAL A USUARIOS ENFERMOS O CON DISCAPACIDAD:** En el operativo de pago se observó usuarios/as de avanzada edad y con discapacidad a los que no se les brindaba atención preferencial, tuvieron que esperar 10 minutos periodos para ser atendidos, causándoles malestar. Tal es el caso del Sr. Dionicio Soto Mallqui, identificado con DNI N° 32268011, usuario que no puede caminar, se desplazó con silla de rueda, espero para ser atendido.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos del Programa y sus acciones de coordinación en bienestar del adulto mayor, se solicita implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

- Se garantice la publicación y difusión del padrón de usuarios/as suspendidos/desafiliados de manera oportuna, garantizando que sea de conocimiento público y de los usuarios/as especialmente de los centros poblados más alejados y caseríos, colaborando con la transparencia del proceso y dar cumplimiento con la Directiva de Gestión de la Entrega de la Subvención Económica, Directiva N° 04-2023-PENSION65 Versión N°01, numeral 4.17 y 7.1.7.3.
- El promotor cumpla con apoyar en los operativos de Entrega de la Subvención Económica que realiza el programa, para acompañar y brindar información oportuna.
- Se garantice la atención preferencial a adultos mayores con problemas de salud o/y discapacidad, mejorándose de esta manera la calidad de atención en el presente punto de pago.
- 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.

- 1.- Copia de Ficha de Vigilancia V-257-2023-ANC-P (05 folios).



*Maritza Mállqui Aguilar*  
-----  
**MARITZA MALLQUI AGUILAR**  
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA



**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH  
VIGILANCIA AL OPERATIVO DE PAGO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65**

20	Se REALIZA el Operativo de Pago en la hora programada? Revisar el cronograma de pagos y confirmar la hora programada →→→→→	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV
<b>20.1</b> Si la respuesta es "NO" señale brevemente los motivos: →				
21	Se publicó/Difundió el CRONOGRAMA DE PAGOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV
22	Se publicó/Difundió el PADRÓN DE ABONADOS?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV
23	Se publicó/Difundió el PADRÓN DE USUARIOS SUSPENDIDOS/DESAFILIADOS?	<input type="checkbox"/>	NO	NA
23.1	El Padrón de USUARIOS SUSPENDIDOS explica claramente los MOTIVOS de la suspensión/desafiliación?	<input type="checkbox"/>	NO	NA
<b>IV. PARTICIPACIÓN DE ACTORES EN EL OPERATIVO DE PAGO:</b>				
24	En el Punto de Pago se observa la presencia de SERENOS, POLICIAS, MILITARES el día del Operativo de Pago	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV
24.1	Si la respuesta es "SI", señale en qué momento estuvieron presentes → → a) Solo al principio <input checked="" type="checkbox"/> b) Durante todo el operativo de pago ( ) c) Solo al final ( )			
25	El PROMOTOR o algún personal de PENSIÓN 65 está PRESENTE durante el Operativo de Pago?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
25.1	Si la respuesta es "SI", señale en qué momento estuvo presente → → a) Solo al principio ( ) b) Durante todo el operativo de pago ( ) c) Solo al final ( )			
<b>V. DESARROLLO DEL OPERATIVO DE PAGO:</b>				
<i>Verificar en el punto de pago (Agencia Bancaria/PIAS/ETV)</i>				
26	En la Agencia Bancaria, PIAS o ETV se brinda ATENCIÓN PREFERENCIAL a usuarios en silla de ruedas o enfermos?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
27	Usuarios(as) que CAMINAN CON DIFICULTAD Y/O USAN SILLA DE RUEDAS están acompañados por otra persona que los ayuda?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NA
28	La Agencia Bancaria, PIAS, o ETV tiene RAMPAS CON BARANDAS para que se movilicen adultos mayores enfermos o con discapacidad?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
29	¿Algún USUARIO SUSPENDIDO/DESAFILIADO ASISTIÓ al punto de pago para RETIRAR SU SUBVENCIÓN?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
Si la respuesta es "SI", señale quiénes son en la LISTA 01. Llene una ficha de atención				
30	Hay usuarios(as) con DISCAPACIDAD SEVERA y/o ENFERMEDAD GRAVE que acuden al punto de pago a recibir su subvención económica?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
Si la respuesta es "SI", señale quiénes son en la LISTA 02. Llene una ficha de atención				
31	En este operativo de pago ¿hay USUARIOS/TERCERAS PERSONAS que manifiestan estar a la espera de la Resolución Directoral de autorización para el cobro?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
32	En este operativo de pago ¿hay TERCERAS PERSONAS AUTORIZADAS con Resolución Directoral en PADRÓN DE ABONADOS, pero NO LE PAGARON?	<input type="checkbox"/>	NO	NV
Si la respuesta es "SI", señale quiénes son en la LISTA 03 y Llene una FICHA DE ATENCIÓN				
<b>32.1.</b> Si la respuesta es "SI", diga qué dificultades:				

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL ANCASH**  
**VIGILANCIA AL OPERATIVO DE PAGO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65**

33 En este operativo de pago ¿hay USUARIOS que están en PADRÓN DE ABONADOS, pero NO LE PAGARON?  
 Si la respuesta es "SI", señale quiénes son en la LISTA 03 y Llene una FICHA DE ATENCIÓN

	SI	<del>NO</del>	NV
--	----	---------------	----

33.1. Si la respuesta es "SI", diga qué dificultades:

34 En este operativo de pago ¿existen USUARIOS/TERCERAS PERSONAS AUTORIZADAS que recibieron la Subvención Económica INCOMPLETA?  
 Si la respuesta es "SI", señale quiénes son en la LISTA 04. De ser posible tome una FOTO AL VOUCHER y llene una FICHA DE ATENCIÓN

	SI	<del>NO</del>	NV
--	----	---------------	----

35 En este operativo de pago, cuántas VENTANILLAS ESTÁN HABILITADAS en Agencia Bancaria, PIAS o ETV para atender a usuarios del programa? 4

36 El ambiente de la AGENCIA BANCARIA O AMBIENTE DONDE PAGA LA ETV es AMPLIO Y ESTÁ VENTILADO?  SI  NO  NV

37 El punto de pago esta implementado para PROTEGER A USUARIOS(AS) DEL SOL Y/O LLUVIA mientras esperan su pago (cola)?  SI  NO  NV

38 ¿Se ENTREGA VOUCHER o BOLETA a usuarios(as) del programa que retiraron su SUBVENCIÓN ECONOMICA?  SI  NO  NV

39 En este operativo de pago se DESARROLLA alguna INTERVENCIÓN COMPLEMENTARIA para usuarios del programa?  SI  NO  NV

39.1 Si la respuesta es "SI", diga qué INTERVENCIÓNES: → (Puede marcar más de una opción):

<b>(a)</b> Talleres de Educación Financiera	<b>(b)</b> Talleres de uso de tarjeta de débito	<b>(c)</b> Orientaciones sobre modalidad "cobro por tercero autorizado"
<b>(d)</b> Vacunación contra Influenza, COVID 19, Neumococo	<b>(e)</b> Promoción de emprendimientos productivos	<b>(f)</b> Operación gratuita de cataratas
<b>(g)</b> Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón)	<b>(h)</b> Saberes Productivos	<b>(i)</b> Alfabetización
		<b>(j)</b> Campañas de salud
40 ¿El PROMOTOR/PERSONA que brinda información a los usuarios(as) en el punto de pago usa el IDIOMA PREDOMINANTE de la zona?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
41 ¿Los pagadores de la Agencia Bancaria, PIAS y/o de la ETV usan el IDIOMA PREDOMINANTE de la zona durante la atención del pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
42 Se brinda atención AMABLE-RESPECTUOSA a los usuarios(as) por parte del PROMOTOR/PAGADOR durante el operativo de pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
43 ¿Surgieron RECLAMOS, QUEJAS O DENUNCIAS de usuarios durante el Operativo de Pago?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV

43.1 Si la respuesta es "SI", señale Cuántas FICHAS DE ATENCIÓN se llenaron?: →            Adjuntar las FICHAS de ATENCIÓN que fueron llenadas

**VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

	44.1 ¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
<b>44 TRANSPARENCIA</b>	44.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
	44.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH  
VIGILANCIA AL OPERATIVO DE PAGO DEL PROGRAMA PENSION 65**

45	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	45.1 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar beneficios en el Programa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NV
		45.2 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió apoyar/votar a favor de algún candidato a cambio de brindar beneficios en el Programa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NV
		45.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió asistir a reunión/mitin de algún candidato a cambio de brindar beneficios en el Programa?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input checked="" type="checkbox"/>	NV

46 OBSERVACIONES O DIFICULTADES

47 SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

48 ¿Algún miembro del equipo técnico lo **ACOMPAÑÓ PRESENCIALMENTE O TELEFÓNICAMENTE** a Usted durante la veeduría?  
48.1 Si la respuesta es SI, registre los Apellidos y Nombres del miembro del equipo técnico que le acompañó: →

49 **FECHA FINAL** de Veeduría/Vigilancia: 22 106 / 2023 **HORA FINAL** de Veeduría/Vigilancia: 41 : 35 Am

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR**  
(Miembro del Comité Local o Miembro del Equipo Técnico-CTVC)

*[Firma]*  
FIRMA

**NOMBRES APELLIDOS:** Kelly Karina Reinos Cueva

**DNI:** 4290003

**CARGO:** Presidenta

**DISTRITO:** Chavin de Huantar

**TELEFONO:** 948835648

**CORREO ELECTRÓNICO:** to-dvae-bella@hotmail.com

**NOMBRE, FIRMA Y SELLO de VºBº del SUPERVISOR**  
(Responsable Regional del Equipo Técnico del CTVC que revisa la consistencia de la Ficha de Veeduría y da el VºBº)

*[Firma]*  
FIRMA

**NOMBRES APELLIDOS:** Maritza Mallqui Aguilar

**DNI:** 31600360

**CARGO:** RTVC

**TELEFONO:** 942154203

**CORREO ELECTRÓNICO:** ancash.rtrveper@gmail.com

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**

**LISTADO 1**

*Usuarios(as) SUSPENDIDOS/DESAFILIADOS que ASISTIERON a RETIRAR SU SUBVENCIÓN ECONÓMICA*

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Sabe por qué razón NO le abonaron: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**LISTADO 2**

*Usuarios con DISCAPACIDAD SEVERA y/o ENFERMEDAD GRAVE que ACUDEN a recibir su subvención económica*

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Tipo de discapacidad	Como llegó al punto de pago	Recibe trato preferencial: SI/NO
1	Dionicio Soto Mallqui	32268011	La paraparesia	con silla de ruedas	NO
2					
3					
4					
5					
6					

**LISTADO 3**

*USUARIOS/TERCEROS AUTORIZADOS con Resolución Directoral que están el PADRON de ABONADOS pero NO LE PAGAN*

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Sabe por qué razón NO le abonaron: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1				
2				
3				
4				
5				
6				

**LISTADO 4**

*USUARIOS/TERCEROS AUTORIZADOS con Resolución Directoral que recibieron la Subvención Económica INCOMPLETA*

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Sabe por qué le entregaron el monto incompleto: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1				
2				
3				
4				
5				
6				