

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

Huaraz, 21 de setiembre de 2023

OFICIO N° 0135-2023-CTVC/ANCASH

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

CARGO



Presente. -

Asunto : Se ALERTA ocho (08) 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)¹:

- CASO N° 0276-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0277-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0278-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0279-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0280-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0281-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0282-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0283-2023-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
MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash
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 Ancash: 942154203 | | CASO | N° 0276-2023-CTVC/ANC | |
| Telf. LIMA: 945095602 | | | | |
| PROGRAMA SOCIAL: | PENSIÓN 65 | 1. FECHA DE REGISTRO: | 27/07/2023 | |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: | | | | |
| 2. APELLIDOS NOMBRES: | ONCOY TORRES ELPIDIA CRISTINA | 3. NÚMERO-DNI: | 31774029 | |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CORIS | 5. CARGO: | PRESIDENTE | |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: | | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: | 27/07/2023 |
| 7. DEPARTAMENTO: | ANCASH | 8. PROVINCIA: | AIJA | |
| 9. DISTRITO: | CORIS | 10. CCPP/DIRECCIÓN: | CORIS | |
| 11. PROCESO: | SERVICIO DE PAGADURÍA | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? | 31764510-USUARIO | |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 01 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS | 01 | |
| 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, bajo la modalidad de Empresa Transportadora de Valores, se aplicó la Encuesta de Percepción al Sr. Lorenzo Marcos Oncoy Castillo, identificado con DNI N° 31764510, quien es usuario del programa, evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA:** El Sr. Lorenzo Marcos Oncoy Castillo, adulto mayor de 77 años de edad, realizó el cobro de su abono en la Municipalidad Distrital de Coris mediante ETV, quien manifestó que no comprende el contenido del voucher que le entregaron en ventanilla cuando cobró. Al respecto indicar que el voucher contiene información de importancia y utilidad para los usuarios del programa que ayuda a realizar algún reclamo y contrastar el monto programado frente al recibido.

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 exhorta se mejore las estrategias de educación financiera previstas por el programa que redunden en mejoras de la realización de la entrega de subvenciones económicas para los usuarios del programa Pensión 65 en este punto de pago. RDE N° D000012-2023-PENSION65-DE, en la Directiva Desarrollo De Las Intervenciones Complementarias Del Programa Nacional De Asistencia Solidaria "PENSIÓN 65", en el ítem 7.2.1. Intervenciones Directas b) Talleres de educación financiera, donde se refuerce la educación financiera a los usuarios/as en el contenido del voucher o boleta 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.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folio: 04)

- 1.- Copia de Ficha de Vigilancia V-292-2023-ANC-P (04 folios).

Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Ejido Tarma
Unidad Territorial
Ancash

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

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH**

ENCUESTA DE PERCEPCION AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

Teléfono Regional: 942154203

Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA

ENCUESTA DE PERCEPCION

CODIGO N° V- 292 -2023-ANC-P

OBJETIVO: VERIFICAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIONES EN LOS PUNTOS DE PAGO, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS. INDICACIONES: El veedor/vigilante aplicará esta ENCUESTA a USUARIOS O TERCEROS AUTORIZADOS del programa Pensión 65 que hayan asistido al último OPERATIVO DE PAGO. El veedor/vigilante llenará esta ficha de acuerdo a las respuestas del entrevistado marcando con X o resaltará de amarillo la opción que corresponda.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No Sabe No Responde

| | |
|---|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA | (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA |
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Entrevista Presencial | (b) Entrevista NO Presencial |
| 1 FECHA INICIAL de la Entrevista: 27 / 07 / 2023 | 2 HORA INICIAL de la Entrevista: 10:08 Am |
| I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A): | |
| 3 N° de DNI: 31764510 | 4 APELLIDOS Y NOMBRES: Oncoy castillo Lorenzo Marcos |
| 5 DEPARTAMENTO: ANCASH | 6 PROVINCIA: Aija |
| 7 DISTRITO: Coris | 8 CCPP/ANEXO/Dirección: Coris |
| 9 EDAD (en años): 47 | 10 SEXO: (a) Femenino (x) Masculino |
| 11 Tiene una discapacidad: (a) SI (x) NO | 12 Teléfono/celular: _____ |
| 13 Su idioma predominante: (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro, describa: _____ | |
| 14 ¿Quién responde la entrevista? (a) El usuario (b) Tercero autorizado por el Programa | |
| II. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO DE PAGO, MODALIDAD Y PERIODO DE PAGO DONDE COBRA EL USUARIO(A) | |
| 15 CÓDIGO Punto de Pago: 5004 | 16 NOMBRE DE PUNTO DE PAGO: Coris |
| 17 DEPARTAMENTO: ANCASH | 18 PROVINCIA: Aija |
| 19 DISTRITO: Coris | 20 CCPP/DIRECCIÓN: Coris |
| 21 MODALIDAD de Pago: (a) Agencia/Banco (x) ETV (c) PIAS | |
| 22 PERIODO de PAGO que se vigila: (a) Ene-Feb (b) Mar-Abr (c) May-Jun (d) Jul-Ago (e) Set-Oct (f) Nov-Dic | |
| III. SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENTREGA DE LA SUBVENCIÓN (OPERATIVO DE PAGO): | |
| 23 ¿El usuario cuenta con una persona autorizada por el programa para que cobre la pensión? | |
| 23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué: | (a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización (b) Ya solicitó y no le responden (c) Aún NO solicitó |
| | (d) No necesita tercera persona (e) Otro: Especificar: _____ (f) NS/NR |

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

| | | | | | | | | | | |
|----|---|---|--------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|------------------------|---------------------|----|-------|
| 24 | ¿Sabe usted a qué periodo o meses corresponde la pensión que cobró en este último operativo de pago? | (a) Ene-Feb | (b) Mar-Abr | (c) May-Jun | (d) Jul-Ago | (e) Set-Oct | (f) Nov-Dic | SI | NO | NS/NR |
| 25 | ¿Quién le avisó a usted sobre la fecha y el lugar de este último operativo de pago? | (a) Municipalidad | (b) Radio/TV | (c) Usuario/vecino | (d) Personal P65/Promotor | (e) Subprefecto/Tnte Gobernador | (f) Miembro del CLTV/C | | | |
| | | (g) Redes sociales/Aplicativos | (h) Otro (especifique): | | | | | | | |
| 26 | ¿Cuánto tiempo demora usted en llegar desde su casa al punto de pago (Banco/Transportadora/PIAS)? | (a) Menos de 30 minutos | (b) De 30 minutos a 1 hora | (c) De 1 a 2 horas | (d) De 2 a 4 horas | (e) De 4 horas a más | | | | |
| 27 | ¿Qué medio utiliza usted para trasladarse al punto de pago? | (a) A pie | (b) Acémila | (c) Bicicleta/Triciclo | (d) Canoa, chalupa, pequepeque | (e) Combi, autobus | (f) Taxi/Mototaxi | (g) Auto particular | | |
| | | (h) Otro (especifique): | | | | | | | | |
| 28 | ¿Cuánto gasta usted para llegar desde su casa al punto de pago? (Ida y Vuelta) | (Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede moverse sólo) | | | | | | | | |
| | | (a) Menos de 10 soles | (b) De 10 a 20 soles | (c) De 21 a 40 soles | (d) De 41 soles a más | | | | | |
| 29 | ¿Para usted es fácil llegar desde su casa hasta el punto de pago? | (Puede marcar más de una opción) | | | | | | | | |
| | 29.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué: | (a) Enfermedad y/o discapacidad | (b) No hay quien le acompañe | (c) Inaccesibilidad y lejanía | | | | | | |
| | | (d) Alto costo de desplazamiento | (e) Pocos medios de transporte | (f) Otros: | | | | | | |
| 30 | Desde que usted llega al punto de pago, ¿cuánto tiempo hace la cola en el banco, en la ETV o PIAS para cobrar su pensión? | (a) Menos de 10 minutos | (b) Entre 11 a 30 minutos | (c) Entre 31 minutos a 1 hora | (d) Más de 1 hora | | | | | |
| 31 | ¿Usted está de acuerdo con el tiempo que espera en la cola para cobrar la pensión? | | | | | | | | | |
| | 31.1 Si la respuesta es "NO", diga ¿por qué? | Si demora mucho cobran 3 distritos | | | | | | | | |
| 32 | ¿Usted observó si fuera del Banco/ETV había un lugar de espera acondicionado con sillas/toldos/carpas para todos los usuarios que hacen cola? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 33 | ¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 34 | ¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 35 | ¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 36 | ¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 37 | ¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |
| 38 | ¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV? | SI | NO | NS/NR | | | | | | |

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
ENCUESTA DE PERCEPCION AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

| | | | | | | | | | |
|---|--|--|--|-------------------------|---------------|-------------------------------------|----|-------|--|
| 39 | ¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 40 | ¿Usted sabe por qué motivos puedes ser SUSPENDIDO y dejar de recibir la pensión del Programa? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 40.1 | Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos: | | | | | | | | |
| 41 | ¿Usted sabe por qué motivos puedes ser DESAFILIADO del programa? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 41.1 | Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos: | | | | | | | | |
| 42 | ¿El promotor/a estuvo presente durante el operativo de pago en el Banco/ETV? | | | | | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NS/NR | |
| 43 | ¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 43.1 | Si la respuesta es "SI". Diga qué dificultades ha tenido. | | | | | | | | |
| 44 | ¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV? | | | | | | | | |
| | | (a) Muy mala | (b) Mala | (c) Regular | (d) Buena | (e) Muy buena | | NS/NR | |
| 45 | ¿Usted sufrió algún maltrato por parte del PROMOTOR o PAGADOR en el último operativo de pago? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 45.1 | Si la respuesta es "SI". Detalle lo ocurrido. | | | | | | | | |
| IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO | | | | | | | | | |
| 46 | ¿Usted ha participado en alguna de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS que desarrolló el programa en este último periodo de pago? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| | Si la respuesta es "NO"; pase a la pregunta 48 | | | | | | | | |
| 46.1 | Si la respuesta es "SI". Diga en cuál de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS participó. <i>(Puede marcar más de una opción):</i> | | | | | | | | |
| | (a) Talleres de Educación Financiera | (b) Talleres de uso de tarjeta de débito | (c) Orientaciones sobre modalidad "cobro por tercero autorizado" | | | | | | |
| | (d) Vacunación contra Influenza, COVID 19, Neumococo | (e) Promoción de emprendimientos productivos | (f) Operación gratuita de cataratas | | | | | | |
| | (g) Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón) | (h) Saberes Productivos | (i) Alfabetización | (j) Campañas de salud | | | | | |
| 47 | ¿Cómo califica usted las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS brindados por Pensión 65? | | | | | | | | |
| | (a) Muy mala | (b) Mala | (c) Regular | (d) Buena | (e) Muy buena | | | NS/NR | |
| V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS | | | | | | | | | |
| 48 | ¿Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, se reúne periódicamente con otros usuarios del programa? | | | | | SI | NO | NS/NR | |
| 48.1 | Si la respuesta es "SI". Diga qué actividades realizan en dichas reuniones. <i>(Puede marcar más de una opción):</i> | | | | | | | | |
| | (a) Comparten saberes | (b) Preparan y almuerzan juntos | (c) Tocan instrumentos, cantan y bailan | (d) Otro (especifique): | | | | | |

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

49 ¿Quién decide cómo debe gastar usted el dinero que recibe de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

| | | | | |
|---|--|---|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Usted mismo | <input type="checkbox"/> (b) Conyugue/pareja | <input type="checkbox"/> (c) Hijos/Nietos | <input type="checkbox"/> (d) Usted junto a sus familiares | |
| <input type="checkbox"/> (e) Otro (especifique): | | | | |

50 ¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

| | | | | | | |
|--|--|---|---|-------------------------------------|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Salud/medicina | <input type="checkbox"/> (b) Alimentación | <input type="checkbox"/> (c) Vestimenta | <input type="checkbox"/> (d) Transporte | <input type="checkbox"/> (e) Ahorro | <input type="checkbox"/> (f) Invierte en algún negocio | <input type="checkbox"/> (g) Mejora su vivienda |
| <input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo | <input type="checkbox"/> (i) Otro (especifique): | | | | | |

51 Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, considera que su bienestar económico, emocional y de salud

| | | |
|---|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Ha mejorado | <input type="checkbox"/> (b) Sigue igual | <input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado |
|---|--|---|

VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

| | | | | |
|-----------------------------|--|--|--|-------|
| TRANSPARENCIA | 52.1 ¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | NS/NR |
| | 52.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | NS/NR |
| | 52.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | NS/NR |
| NEUTRALIDAD (Imparcialidad) | 53.1 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle beneficios en el Programa? | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | NS/NR |
| | 53.2 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió apoyar/votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa? | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | NS/NR |
| | 53.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió asistir a reunión/mitin de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa? | <input type="checkbox"/> SI | <input checked="" type="checkbox"/> NO | NS/NR |

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE

55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE

56 FECHA FINAL de Entrevista: 27/07/2023 HORA FINAL de Entrevista: 10:30 Am

La información brindada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. Los datos del Informante serán tratados con toda CONFIDENCIALIDAD

| | |
|---|--|
| DATOS DEL INFORMANTE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA (USUARIO o TERCERO AUTORIZADO PARA COBRAR) FIRMA: <u>[Firma]</u> DNI: <u>31764520</u> Apellidos y Nombres: <u>Oncoy Castillo Loruco</u> Partenteco con usuario: <u>USUARIO</u> Teléfono: <u> </u> | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN FIRMA: <u>[Firma]</u> DNI: <u>47470116</u> Apellidos y Nombres: <u>Medino Figueroa Virna S.S.</u> Cargo: <u>Responsable de Campo</u> Teléfono: <u>942152028</u> |
|---|--|