

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
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

Av. Gamarra N° 1162, Barrio de Belén, Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP (Cerca a la Facultad de Ciencias Médicas UNASAM)

Celular: 942154203

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / ancash.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0278-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	PENSIÓN 65	1. FECHA DE REGISTRO:	22/08/2023
-------------------------	------------	------------------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	ESPINOZA BLAS SANTA CRISELDA	3. NÚMERO-DNI:	31671250
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE HUACACHI	5. CARGO:	VOCAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA:		22/08/2023	
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUARI
9. DISTRITO:	HUACACHI	10. CCPP/DIRECCIÓN:	TARAPACA
11. PROCESO:	SERVICIO DE PAGADURÍA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	32271099-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. Agripino Morales Verde, identificado con DNI N° 32271099, quien es usuario del programa, evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA:** El Sr. Agripino Morales Verde, adulto mayor de 84 años de edad, realizó el cobro de su abono en la Municipalidad Distrital de Huacachi 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-326-2023-ANC-P (04 folios).





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

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

Teléfono Regional:	942154203	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V- 326 -2023-ANC-P
Teléfono Nacional:	945095602		ENCUESTA DE PERCEPCIÓN

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:	22 / 08 / 2023	2	HORA INICIAL de la Entrevista:	9 : 05
---	---------------------------------	----------------	---	--------------------------------	--------

I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):

3	N° de DNI:	32271099	4	APELLIDOS Y NOMBRES:	Morales verde agripino
5	DEPARTAMENTO:	ANCASH	6	PROVINCIA:	Huari
7	DISTRITO:	Huacachi	8	CCPP/ANEXO/Dirección:	Tarapaca
9	EDAD (en años):	84	10	SEXO:	(a) Femenino <input checked="" type="checkbox"/> Masculino
11	Tiene una discapacidad:	(a) SI <input type="checkbox"/> (b) NO <input checked="" type="checkbox"/>	12	Teléfono/celular:	—
13	Su idioma predominante:	(a) Español <input checked="" type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Ashaninka <input type="checkbox"/> Awajun <input type="checkbox"/> Otro, describa:			
14	Quién responde la entrevista?	<input checked="" type="checkbox"/> El usuario <input type="checkbox"/> 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:	0459	16	NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:	Huacachi
17	DEPARTAMENTO:	ANCASH	18	PROVINCIA:	Huari
19	DISTRITO:	Huacachi	20	CCPP/DIRECCIÓN	Jr. Inca Rosa
21	MODALIDAD de Pago:	(a) Agencia/Banco <input checked="" type="checkbox"/> ETV <input type="checkbox"/> (c) PIAS			
22	PERIODO de PAGO que se vigila:	(a) Ene-Feb <input type="checkbox"/> (b) Mar-Abr <input checked="" type="checkbox"/> (d) May-Jun <input type="checkbox"/> (e) Set-Oct <input type="checkbox"/> (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?		SI	NO	NS/NR
	23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización	<input type="checkbox"/> (b) Ya solicitó y no le responden	<input type="checkbox"/> (c) Aún NO solicitó	
		<input checked="" type="checkbox"/> (d) No necesita tercera persona	<input type="checkbox"/> (e) Otro: Especificar: _____		

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN 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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	
	(a) Muy mala	(b) Mala	(c) Regular	(d) Buena	(e) Muy buena
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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS/NR	
	(a) Muy mala	(b) Mala	(c) Regular	(d) Buena	(e) Muy buena
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):	

**COMITÉ 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 recibes de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):	<input checked="" type="checkbox"/> Usted mismo	<input type="checkbox"/> Conyugue/pareja	<input type="checkbox"/> Hijos/Nietos	<input type="checkbox"/> Usted junto a sus familiares			NS/NR
50	¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):	<input checked="" type="checkbox"/> Salud/medicina	<input checked="" type="checkbox"/> Alimentación	<input checked="" type="checkbox"/> Vestimenta	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Ahorro	<input type="checkbox"/> Invierte en algún negocio	<input type="checkbox"/> Mejora su vivienda NS/NR
		<input type="checkbox"/> Compra activo productivo	<input type="checkbox"/> Otro (especifique):					NS/NR
51	Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, considera que su bienestar económico, emocional y de salud	<input checked="" type="checkbox"/> Ha mejorado	<input type="checkbox"/> Sigue igual	<input type="checkbox"/> Ha empeorado			<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO NS/NR
VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO								
52	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
53	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:	22 / 08 / 2023	57	HORA FINAL de Entrevista:	09 : 25	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)		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN						
FIRMA		FIRMA						
DNI:	32271099	DNI:	31671250					
Apellidos y Nombres:	Morales Verde Agripino	Apellidos y Nombres:	Espinoza Vargas Santa Criselda					
Parentesco con usuario	USUARIO	Cargo:	presidenta					
Teléfono:	—	Teléfono:	929357519					
		Cargo:	RRTVE					
		Apellidos y Nombres:	Mallqui Aguilas Maritez					
		DNI:	38660360					
		Teléfono:	942154203					