

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)<sup>1</sup>:

- 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

<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

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203		CASO	N° 0282-2023-CTVC/ANC	
Telf. LIMA: 945095602				
PROGRAMA SOCIAL:	PENSIÓN 65		1. FECHA DE REGISTRO:	27/07/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>				
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
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>			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?	31764724-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>				

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 a la Sra. María Saturnina Osorio Pérez, identificada con DNI N° 31764724 quien es usuaria del programa, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA:** La Sra. María Saturnina Osorio Pérez, adulta mayor de 96 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-290-2023-ANC-P (04 folios).



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

Teléfono Regional: 942154203

Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA

ENCUESTA DE PERCEPCIÓN

CODIGO N° V- 290 -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"/>	FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b)	FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
<input checked="" type="checkbox"/>	Entrevista Presencial	(b)	Entrevista NO Presencial
1	FECHA INICIAL de la Entrevista:	27 / 07 / 2023	2 HORA INICIAL de la Entrevista: 03:00 pm
I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):			
3	N° de DNI:	31764724	4 APELLIDOS Y NOMBRES: Osorio Perez Nava Satuinina
5	DEPARTAMENTO:	ANCASH	6 PROVINCIA: Aija
7	DISTRITO:	Coris	8 CCPP/ANEXO/Dirección: Coris
9	EDAD (en años):	96	10 SEXO: <input checked="" type="checkbox"/> Femenino (b) Masculino
11	Tiene una discapacidad:	(a) SI (b) NO	12 Teléfono/celular: _____
13	Su idioma predominante:	<input checked="" type="checkbox"/> Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro, describe:	
14	Quién responde la entrevista?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> ETV (c) PIAS	
22	PERIODO de PAGO que se vigila:	(a) Ene-Feb (b) Mar-Abr <input checked="" type="checkbox"/> 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
		(d) No necesita tercera persona	(e) Otro: Especificar: _____
			SI NO NS/NR
			<input checked="" type="checkbox"/> Aun NO solicitó

**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?										SI	NO	NS/NR
24.1	Si la respuesta es "SI", diga el periodo:			(a) Ene-Feb	(b) Mar-Abr	(c) May-Jun	(d) Jul-Ago	(e) Set-Oct	(f) Nov-Dic				
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 CLTVC							
	(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? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>												
	(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) <i>(Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede moverse sólo)</i>												
	(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? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>										SI	NO	NS/NR
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?										SI	NO	NS/NR
31.1	Si la respuesta es "NO", diga ¿por qué?												
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

**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?					SI	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.							
<b>IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO</b>								
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
<b>V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS</b>								
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**

(Puede marcar más de una opción):

49 ¿Quién decide cómo debe gastar usted el dinero que recibes de Pensión 65?  
 (a) Usted mismo     (b) Conyugue/pareja     (c) Hijos/Nietos     (d) Usted junto a sus familiares     NS/NR

(Puede marcar más de una opción):

50 ¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65?  
 (a) Salud/medicina     (b) Alimentación     (c) Vestimenta     (d) Transporte     (e) Ahorro     (f) Invierte en algún negocio     (g) Mejora su vivienda     NS/NR

(Puede marcar más de una opción):

51 Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, considera que su bienestar económico, emocional y de salud  
 (a) Ha mejorado     (b) Sigue igual     (c) Ha empeorado     SI     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: 27 / 07 / 2023    57 HORA FINAL de Entrevista: 03 :30 pm.

*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:	31764725	DNI:	4747416
Apellidos y Nombres:	Osorio Peres Maria Sutu	Apellidos y Nombres:	Medina Figueroa Virno S.S.
Parentesco con usuario		Cargo:	Responsable de Campo
Teléfono:		Teléfono:	942152028