

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL MADRE DE DIOS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Madre de Dios, 14 de junio de 2021

OFICIO N° 042-2021-CTVC/MADRE DE DIOS

Señor(a):

Econ. Rómulo Claverí Jarandilla

Jefe de la Unidad Territorial Madre de Dios

Programa Nacional de Asistencia Solidaria – Pensión 65

Presente.-

Asunto: Se ALERTA un (01) caso.

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 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 Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO¹

- CASO N° 030-2021-CTVC/MAD

Finalmente me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente


ELVIS R. VILLAVERDE NICOLAS
Responsable Regional Sede Regional Madre de Dios
COMITE 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.

Jirón Loreto N° 171 (Oficina de la Mesa de Concertación) - Puerto Maldonado.

Celular: 984038515

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / madrede Dios.rctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de MDD: 984038515	CASO	N° 030-2021-CTVC/MAD	
Telf. Nacional: 994432338			
PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	09/06/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GARBOZO SARMIENTO IRENE VICENTA	3. NÚMERO-DNI:	25569903
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-IÑAPARI	5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	28/05/2021
7. DEPARTAMENTO:	MADRE DE DIOS	8. PROVINCIA:	TAHUAMANU
9. DISTRITO:	IÑAPARI	10. CCPP/DIRECCIÓN:	NUEVO IÑAPARI
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURÍA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	27281819-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 PUNTO CRÍTICO
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Durante las acciones de veeduría/vigilancia al Programa social Pensión 65 la Secretaria del CLTVCI Iñapari, entrevista al adulto mayor Sra. María Francisca Ramírez Monsalve identificando el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO/A CON DISCAPACIDAD/ENFERMOS REQUIEREN PAGO EN SU DOMICILIO.** La usuaria del Programa social adulto mayor Sra. María Francisca Ramírez Monsalve identificada con DNI N° 27281819, domiciliada en Nuevo Iñapari, distrito de Iñapari, manifiesta que este último periodo de pago (Marzo-Abril y Mayo-Junio) asegura no haber podido asistir al punto de pago a cobrar la subvención económica dado el estado deteriorado de su salud, así mismo la pérdida de su esposo viene agravando aún más su delicado estado emocional, cabe señalar que la adulto mayor considera importante la protección social que viene recibiendo del Programa Pensión 65 dada la condición de pobreza y vulnerabilidad en que vive. Finalmente solicita que la subvención económica se le brinde en su domicilio a fin que pueda traducirse en incremento de su bienestar

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos del Programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada prestación del servicio, por lo que en ese sentido se recomienda:

- Garantizar la protección social establecida en la misión del Programa a través de la entrega de la subvención económica de manera efectiva y oportuna a fin de incrementar el bienestar de la usuaria.
- Verificar el caso alertado e informar las acciones implementadas destinadas a la solución del presente.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01)

1. Anexo 01: Copia de la Ficha de Atencion N° A-006-2021-MAD-P (01 folio)



ELVIS R. VILLVERDE NICOLAS
Responsable Regional Sede Regional Madre de Dios
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Anexo 01: Copia de la Ficha de Atencion N° A-006-2021-MAD-P (01 folio)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCION		CODIGO A-006-2021-MAD-P	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el Reporte de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO.					
1. PROGRAMA SOCIAL: JUNTOS () GALIWARMA () PENSION 65 (x) CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO () PAS ()				2. FECHA DE REGISTRO: 28/05/21	
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE. De preferencia debe ser el(a) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres: Ramirez Monsalve Maria F.		4. Documento - DNI: 27287819		5. Fecha Nacimiento: -1993	
5. Sexo (Genero): Masculino () Femenino ()		6. Fecha Nacimiento: -1993		7. Tiempo Residencia:	
7. Es Usuario(a)? SI () NO ()		8. Fecha Afiliación: / /		9. Telef. Personal:	
9. Correo Electrónico:		10. Telef. Institucional:		11. Institución/Cargo:	
12. Departamento: Madre de Dios		13. Provincia: Tahuamanu		14. CCPP/Dirección:	
15. Distrito: Tarma		16. CCPP/Dirección: Nueva Esperanza		17. FECHA OCURRENCIA: 28/05/21	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:					
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Madre de Dios		19. Provincia: Tahuamanu		20. CCPP/Dirección: Nueva Esperanza	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO. El informante debe precisar bien lo siguiente:					
21. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 separar usando con Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUE PUEDAN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA (QUE INICIÓ EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?)					
la señora Maria Francisca Ramirez Monsalve refiere que ella no cobra desde el mes de febrero por motivos de enfermedad y entubamiento de su esposo.					
22. TIPO DE ATENCION: Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()					
23. Datos ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () D2 () Otros ()					
24. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITE LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) O INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
 FIRMA			 FIRMA		
NOMBRES y APELLIDOS: Trepe Vicenta Garbezo S.			NOMBRES y APELLIDOS: Maria F. Ramirez Monsalve		
DNI: 25569403 CARGO: SECRETARIO			DNI: 27287819 CARGO:		