

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

CARGO

Huaraz, 25 de mayo de 2021

OFICIO N° 078-2021-CTVC/ANCASH

Señor (a)

JANNET ANILÚ ALVA HUERTA

Jefa de la Unidad Territorial Ancash

Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65

Presente. -



Asunto : Se ALERTA cinco (05) 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° 286-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 287-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 288-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 289-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 290-2021-CTVC/ANC

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


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 Telf. LIMA: 945095602		CASO		N° 288-2021-CTVC/ANC	
PROGRAMA SOCIAL:		PENSIÓN 65		1. FECHA DE REGISTRO: 04/05/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		ASENCIOS BLAS JUDITH		3. NÚMERO-DNI: 40652536	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE RAHUAPAMPA		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 04/05/2021	
7. DEPARTAMENTO:		ANCASH		8. PROVINCIA: HUARI	
9. DISTRITO:		HUARI		10. CCPP/DIRECCIÓN: HUARI	
11. PROCESO:		SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIÓN		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? HUARI-AGENCIA 3-021001	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		05		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia al Servicio de Entrega de Subvenciones del Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65, la Sra. Judith Asencios Blas, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Rahuapampa en el punto de pago Agencia del Banco de la Nación en Huari, identifico el siguiente punto crítico:

- NO SE REALIZA PAGO A DOMICILIO A USUARIO ENFERMO/CON DISCAPACIDAD:** En la veeduría se evidenció la presencia de 05 usuarios/as discapacitados y enfermos que se desplazaron hasta el punto de pago para realizar el cobro de su subvención económica, las dificultades que presentan para trasladarse, sumado al costo de tiempo y dinero para su desplazamiento, así como riesgo ante el contagio de la COVID 19 por su condición de vulnerabilidad hace necesario que puedan acceder a la entrega de la Subvención Económica mediante pago a domicilio u otra modalidad de pago que ofrece el programa, para evitar que salgan y se expongan al contagio por la COVID 19, por su alto nivel de vulnerabilidad. A continuación se detalla a las usuarias/os:
 - Sr. Nolverto Blas Alvarado, adulto mayor de 99 años de edad, enfermo no puede mantenerse de pie.
 - Sra. Nila Morales Torres, adulta mayor de 80 años de edad, no camina se encuentra postrada en cama.
 - Sra. Delfina Rupay Pardave, adulta mayor de 85 años, tiene discapacidad visual y ya no escucha.
 - Sr. Pablo Ananías Lázaro Lastaunau, adulto mayor de 76 años de edad, ya no puede caminar sus pies tiemblan cuando se mantiene mucho tiempo de pie.
 - Sra. Petrocina Quinto Villanea, adulta mayor de 73 años de edad, ya no puede caminar ni mantenerse de pie.
 Cabe indicar que en el punto de pago se evidenció casos similares con otros usuarios/as de otros distritos.

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, en ese sentido se recomienda:

- Se solicita se pueda efectivizar las visitas domiciliarias en el caso de los adultos mayores en situación de discapacidad y enfermos que aún se desplazan al punto de pago y se pueda efectivizar el cambio de modalidad de pago que convenga a su delicado estado de salud.
- 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 del Listado 2: Usuarios con discapacidad severa y/o enfermedad grave que acuden al Banco (01 folio).
- 2.- Copia de Ficha de Atención A-016-2021-ANC-P (01 folio).
- 3.- Registro fotográfico (02 folios).



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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

LISTADO 1

Usuarios(as) en estado de VIGILANCIA que ASISTIERON a RETIRAR SU SUBVENCIÓN ECONÓMICA

N°	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				

LISTADO 2

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

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Tipo de discapacidad	Cómo llegó al punto de pago	Recibe trato preferencial SI/NO
1	Nolberto Blas Alvarado	49294820	No puede pararse solo	con taxi	Si Cruz Pampa
2	Nila Morales Torres	32285012	No camina esta en cama	con taxi	Si Cruz Pampa
3	Derfilia Rupay Pardave	48806647	Ciega no escucha	con taxi	Si Rahcayampa
4	Pablo Ananias Lazaro Lastaurav	32280059	No puede moverse	con taxi	Si Masin
5	Patrocina Avinto Villanea	32283828	No se para	con taxi	Si Rahcayampa

LISTADO 3

Terceras personas con Resolución Directoral de autorización de cobro de la PENSIÓN tienen dificultad para cobrar

N°	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				

LISTADO 4

Usuarios(as)/Terceras personas autorizadas abonados que se encuentran en el padrón de abonados pero no le pagaron.

N°	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				

LISTADO 5

Usuarios(as)/terceras personas autorizadas que recibieron la Subvención Económica INCOMPLETA

N°	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				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-016-2021-ANC-P	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social					
1. PROGRAMA pon X		CONTIGO () CUNA MAS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 (x) QALI WARMA ()		2. FECHA de REGISTRO: 04 / 05 / 21	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres: Asencios Blas Judith		4. Documento-DNI: 40652536			
5. Sexo (Género): Masculino () Femenino (x)		6. Fecha-Nacimiento: 19 / 06 / 1980			
7. Es Usuario(a)?: SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (x)		8. Tiempo Residencia: (-----) MESES			
9. Correo Electrónico: -----		10. Teléf. Personal: 918470732			
11. Institución/Cargo: Comité Local - Presidenta		12. Teléf. Institucional: -----			
13. Departamento: Ancash		14. Provincia: Huari			
15. Distrito: Rahuapampa		16. CCPP/Dirección: Rahuapampa			
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 04 / 05 / 21	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Ancash		19. Provincia: Huari			
20. Distrito: Huari		21. CCPP/Dirección: Huari			
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
La Sra. Judith Asencios Blas, presidenta del Comité Local del distrito de Rahuapampa en el punto de pago en la agencia del Banco de la Nación en la ciudad de Huari evidenció la presencia de usuarios/as con discapacidad y/o enfermos, a quienes les costó tiempo y dinero para su desplazamiento, así como riesgo ante la pandemia del COVID 19, por lo mencionado estos usuarios/as de los distritos de Masín y Rahuapampa, necesitan acceder a la entrega de la Subvención Económica mediante pago a domicilio u otra modalidad de pago que ofrece el programa. A continuación se detalla a las usuarias que necesitan mayor información:					
- Sr. Nolberto Blas Alvarado, adulto mayor de 99 años de edad, enfermo no puede mantenerse de pie.					
- Sra. Nila Morales Torres, adulta mayor de 80 años de edad, no camina se encuentra postrada en cama.					
- Sra. Delfina Rupay Pardave, adulta mayor de 85 años, tiene discapacidad visual y ya no escucha.					
- Sr. Pablo Ananías Lázaro Lastaunau, adulto mayor de 76 años de edad, ya no puede caminar.					
- Sra. Petrocina Quinto Villanea, adulta mayor de 73 años de edad, ya no puede caminar ni mantenerse de pie.					
23. TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (x) Reclamo () Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS: 02	
25. Dtos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () DJ () Otros (x) -			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) ó INFORMANTE/SOLICITANTE		
 NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____			 NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____		

Anexo 03
REGISTRO FOTOGRAFICO



FOTO 01: Adulto mayor de 99 años de edad, usuario enfermo que ya no puede pararse y se desplaza al punto de pago.



FOTO 02: Adulta mayor de 80 años, usuaria enferma vive postrada en cama y se tiene que desplazar al punto de pago .



FOTO 03: Adulta mayor de 85 años, usuaria con problemas de visión y ya no escucha.