

**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° 079-2021-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° 291-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 292-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 293-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 294-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 295-2021-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



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° 380 - Of. 201, Barrio de San Francisco, Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP
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° 292-2021-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: PENSIÓN 65		1. FECHA DE REGISTRO: 11/05/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES: MENDOZA QUIROZ LUIS BERNARDO		3. NÚMERO DNI: 33347306	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE QUILLO – SEDE HUACHO		5. CARGO: PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA: 11/05/2021	
7. DEPARTAMENTO: ANCASH	8. PROVINCIA: YUNGAY		
9. DISTRITO: QUILLO	10. CCPP/DIRECCIÓN: HUACHO		
11. PROCESO: SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIÓN	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? ETV- 0560 - C.P. HUACHO		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 02	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, el Sr. Luis Bernardo Mendoza Quiroz, presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Quillo, realizó vigilancia en el punto de pago C.P de Huacho, por Empresa Transportadora de Valores (ETV), identificando el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE REALIZA PAGO A DOMICILIO A USUARIO ENFERMO/CON DISCAPACIDAD:** : En la veeduría se evidenció la presencia de 02 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. Viviano León Cutamarca, adulto mayor de 76 años de edad, con discapacidad visual.
 - Sra. Teófila Palomino Borja, adulta mayor de 84 años de edad por su avanzada edad ya no se mantiene de pie.

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 solicita se pueda efectivizar las visitas domiciliarias en el caso de los adultos mayores en situación de discapacidad 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: 02)

- 1.- Copia del Listado 2: Usuarios con discapacidad severa y/o enfermedad grave que acuden a cobrar (01 folio).
- 2.- Copia Ficha de Atención A-018-2021-ANC-P (01 folio).



Maritza Mallcuagui
MARITZA MALLCUAGUI
 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

Nº	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

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Tipo de discapacidad	Cómo llegó al punto de pago	Recibe trato preferencial SI/NO
1	Viviano Leon Cotamarca	33333316	visual	acompañado de familiares	Si 46 años
2	Teofila Palomino Boja	80379168	no se puede mantener de pie	con taxi con sus familiares	Si 84 años
3					
4					
5					

LISTADO 3

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

Nº	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.

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Sabe por qué razón NO le abonaron: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1	Aniceta Basilio Santamaria (87 años)	48784145	No	Estuvo cobrando en el Banco de Huacho, por error le programaron retirar el dinero en el Banco de la ciudad de Huacho (Lima).
2				
3				
4				
5				

LISTADO 5

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

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Sabe por qué razón entregaron el monto incompleto: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1				
2				
3				
4				
5				

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 por X	CONTIGO () CUNA MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSIÓN 65 (x) QALI WARMA ()	2. FECHA de REGISTRO:	11 / 05 / 21
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)			
3. Apellidos Nombres:	Mendoza Quiroz Luis Bernardo	4. Documento-DNI:	33347306
5. Sexo (Género):	Masculino (x) Femenino ()	6. Fecha-Nacimiento:	2 / 10 / 1969
7. Es Usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación ____/____/____ NO (x)	8. Tiempo Residencia:	(____) MESES
9. Correo Electrónico:	-----	10. Teléf. Personal:	971373383
11. Institución/Cargo:	Comité Local - Presidente	12. Teléf. Institucional:	-----
13. Departamento:	Ancash	14. Provincia:	Yungay
15. Distrito:	Quillo	16. CCPP/Dirección:	Potrero
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:			17. FECHA OCURRENCIA: 11 / 05 / 21
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:			
18. Departamento:	Ancash	19. Provincia:	Yungay
20. Distrito:	Quillo	21. CCPP/Dirección:	Huacho
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?			
El Sr. Luis Bernardo Mendoza Quiroz, presidente del Comité Local del distrito de Quillo – Sede Huacho en el punto de pago C.P Huacho evidenció el caso de dos (2) usuarios/as con discapacidad y con enfermedad grave, se apersonaron a realizar el cobro en compañía de un familiar quienes para trasladarse tuvieron dificultad, les costó tiempo y dinero, por lo mencionado estos usuarios/as necesitan a acceder a la entrega de la Subvención Económica mediante la modalidad de pago a domicilio u otro tipo, para evitar que salgan y se expongan al contagio por la COVID 19. A continuación se detalla los usuarios/as afectadas:			
- El Sr. Viviano León Cutamanca, identificado con DNI N° 33333316, adulto mayor de 76 años, tiene discapacidad visual y se traslada al punto de pago en compañía de un familiar.			
- Sra. Teofila Palomino Borja, identificada con DNI N° 80378168, adulta mayor de 84 años de edad, quien por su avanzada edad tiene dificultades para mantenerse de pie, se traslada al punto de pago con taxi acompañado de sus familiares			
Cabe indicar que recibieron atención preferencial, necesitan verificar su caso y realizar el pago domiciliario.			
23. TIPO de ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido (x) Reclamo () Queja () Denuncia ()	24. TOTAL FOLIOS:	0
25. Datos ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () DJ () Otros () -		
26. OBSERVACIONES:			
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR: (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)		NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) o INFORMANTE/SOLICITANTE	
NOMBRES APELLIDOS: _____		NOMBRES APELLIDOS: _____	
DNI: _____ CARGO: _____		DNI: _____ CARGO: _____	