

**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, 01 de junio de 2021

**OFICIO N° 081-2021-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 tres (03) 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° 299-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 300-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 301-2021-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

<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

Av. Gamarra N° 380 - Of. 201, Barrio de San Francisco, Huaraz-Ancash. Of. de la MCLCP  
Celular: 942154203

Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [ancash.rrctvcperu@gmail.com](mailto:ancash.rrctvcperu@gmail.com)

Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203

Telf. LIMA: 945095602

**CASO**

N° 301-2021-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: PENSIÓN 65 1. FECHA DE REGISTRO: 12/05/2021

## I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES: MIRANDA ESTRADA TEOFILO 3. NÚMERO-DNI: 32607873  
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE QUINUABAMBA 5. CARGO: FISCAL

## II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA: 12/05/2021  
7. DEPARTAMENTO: ANCASH 8. PROVINCIA: POMBAMBA  
9. DISTRITO: QUINUABAMBA 10. CCPP/DIRECCIÓN: QUINUABAMBA  
11. PROCESO: SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIÓN 12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? ETV- 0413 - C.P. QUINUABAMBA  
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 03 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. Teófilo Miranda Estrada, fiscal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Quinuabamba, realizó vigilancia en el punto de pago por Empresa Transportadora de Valores (ETV) en el C.P de Quinuabamba identificando el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE REALIZA PAGO A DOMICILIO A USUARIO ENFERMO/CON DISCAPACIDAD:** En el punto de pago se evidenció, el caso de tres (3) usuarias con enfermedad grave, se apersonaron a realizar el cobro en compañía de un familiar quienes para trasladarse al punto de pago tuvieron dificultades, les costó tiempo y dinero, se movilizaron en taxi y se les brindo atención en la misma movilidad que las traslado, por lo mencionado estas usuarias necesitan acceder a la entrega de la Subvención Económica mediante la modalidad de 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:
  - Sra. Epifania Egusquiza Palacios, adulta mayor de 86 años de edad, enferma ya no pone de pie.
  - Sra. Estela Estrada Valverde, adulta mayor de 82 años de edad, enferma ya no se pone de pie.
  - Sra. Felicitas Miranda Bisarraga, adulta mayor de 83 años de edad, enferma ya no se pone 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 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: 02)

- 1.- Copia del Listado 2: Usuarios con discapacidad severa y/o enfermedad grave que acuden al cobrar (01 folio).
- 2.- Copia Ficha de Atención A-024-2021-ANC-P (01 folio).



*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*

| Nº | Nombres y Apellidos | DNI | Sabe por qué razón<br>NO le abonaron:<br>SI/NO | Descripción del caso en base al<br>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<br>discapacidad       | Cómo llegó al punto de<br>pago | Recibe trato preferencial<br>SI/NO |
|----|-----------------------------|----------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| 1  | Epifania Eguagoiza Palacios | 48558579 | Enferma no se mantiene de pie | con taxi                       | si                                 |
| 2  | Estela Estrada Valverde     | 48497089 | Enferma no se mantiene de pie | con taxi                       | si                                 |
| 3  | Felicitas Miranda Bisarraga | 48497264 | Enferma no se mantiene de pie | con taxi                       | si                                 |
| 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<br>NO le abonaron:<br>SI/NO | Descripción del caso en base al<br>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<br>NO le abonaron:<br>SI/NO | Descripción del caso en base al<br>testimonio del Titular |
|----|---------------------|-----|------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1  |                     |     |                                                |                                                           |
| 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 le<br>entregaron el monto<br>incompleto:<br>SI/NO | Descripción del caso en base al<br>testimonio del Titular |
|----|---------------------|-----|----------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| 1  |                     |     |                                                                |                                                           |
| 2  |                     |     |                                                                |                                                           |
| 3  |                     |     |                                                                |                                                           |
| 4  |                     |     |                                                                |                                                           |
| 5  |                     |     |                                                                |                                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| COMITÉ DE TRANSPARENCIA<br>Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | <b>FICHA DE ATENCIÓN</b>                                                                     |                                                                              | FICHA N° A-024-2021-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 por X                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | CONTIGO ( ) CUNA MAS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( )<br>PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( x ) QALI WARMA ( ) |                                                                              | 2. FECHA de REGISTRO: 12 / 05 / 21                                                                                         |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: <i>De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| 3. Apellidos Nombres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | Miranda Estrada Teófilo                                                                      |                                                                              | 4. Documento-DNI: 32607873                                                                                                 |  |
| 5. Sexo (Género):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Masculino ( x ) Femenino ( )                                                                 |                                                                              | 6. Fecha-Nacimiento: 03 / 02 / 1960                                                                                        |  |
| 7. Es Usuario(a)?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | SI ( ) Fecha Afiliación ____/____/____ NO ( x )                                              |                                                                              | 8. Tiempo Residencia: ( ) MESES                                                                                            |  |
| 9. Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | -----                                                                                        |                                                                              | 10. Teléf. Personal: 942918065                                                                                             |  |
| 11. Institución/Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  | Comité Local - Fiscal                                                                        |                                                                              | 12. Teléf. Institucional: -----                                                                                            |  |
| 13. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ancash                                                                                       |                                                                              | 14. Provincia: Pomabamba                                                                                                   |  |
| 15. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Quinuabamba                                                                                  |                                                                              | 16. CCPP/Dirección: Quinuabamba                                                                                            |  |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                              |                                                                              | 17. FECHA OCURRENCIA: 12 / 05 / 21                                                                                         |  |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| 18. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Ancash                                                                                       |                                                                              | 19. Provincia: Pomabamba                                                                                                   |  |
| 20. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  | Quinuabamba                                                                                  |                                                                              | 21. CCPP/Dirección: Quinuabamba                                                                                            |  |
| B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| 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. Teófilo Miranda Estrada, fiscal del Comité Local del distrito de Quinuabamba, en el punto de pago C.P Quinuabamba evidenció el caso de tres (3) usuarias con enfermedad grave, se apersonaron a realizar el cobro en compañía de un familiar quienes para trasladarse al punto de pago tuvieron dificultad, les costó tiempo y dinero, se movilizaron con taxi y se les brindo atención en la misma movilidad que las traslado, por lo mencionado estas usuarias necesitan a acceder a la entrega de la Subvención Económica mediante la modalidad de 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. A continuación se detalla las usuarias afectadas: |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| - Sra. Epifania Egusquiza Palacios, identificada con DNI N° 48558579, adulta mayor de 86 años de edad, enferma ya no pone de pie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| - Sra. Estela Estrada Valverde, identificada con DNI N° 48497089, adulta mayor de 82 años de edad, enferma ya no se pone de pie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| - Sra. Felicitas Miranda Bisarraga, identificada con DNI N° 48497264, adulta mayor de 83 años de edad, enferma ya no se pone de pie.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| Cabe indicar que las usuarias en mención recibieron atención preferencial, se necesita verificar los casos y apoyar en definir la forma de pago.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| 23. TIPO d ATENCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                              |                                                                              | 24. TOTAL FOLIOS: 0                                                                                                        |  |
| Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( x ) Reclamo ( ) Queja ( ) Denuncia ( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| 25. Dctos. ADJUNTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                              |                                                                              | Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacimiento ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( ) - |  |
| 26. OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                              |                                                                              |                                                                                                                            |  |
| NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR<br>(MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                              | NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL<br>USUARIO(A) ó INFORMANTE/SOLICITANTE |                                                                                                                            |  |
| NOMBRES APELLIDOS: _____<br>DNI: _____ CARGO: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                              | NOMBRES APELLIDOS: _____<br>DNI: _____ CARGO: _____                          |                                                                                                                            |  |