

**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, 15 de junio de 2021

OFICIO N° 090-2021-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 seis (06) 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° 306-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 307-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 308-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 309-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 310-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 311-2021-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 sustentó 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° 309-2021-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	PENSIÓN 65	1. FECHA DE REGISTRO:	26/05/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CORDOVA DIESTRA BASILIA	3. NÚMERO-DNI:	46274117
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE HUAYLLABAMBA	5. CARGO:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	26/05/2021
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	SIHUAS
9. DISTRITO:	HUAYLLABAMBA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	HUAYLLABAMBA
11. PROCESO:	SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIÓN	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	80504286 - USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	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 Económicas del Programa Nacional de Asistencia Solidaria - Pensión 65, la Sra. Basilia Córdova Diestra, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Huayllabamba, entrevistó a la Sra. Cleotilde Domínguez de la Cruz, usuaria del programa, identificando el siguiente punto crítico:

- 1. NO SE REALIZA PAGO A DOMICILIO A USUARIO ENFERMO/CON DISCAPACIDAD:** La Sra. Cleotilde Domínguez de la Cruz, identificada con DNI N° 80504286, adulta mayor de 93 años de edad, quien hace años atrás presenta discapacidad motora en las piernas, por lo que no puede mantenerse de pie ni caminar, situación que la ha obligado a utilizar silla de ruedas para movilizarse con el apoyo de otra persona (ver anexo 02).
El Sr. Gregorio Estrada Domínguez, hijo que la acompañó al operativo de pago señaló que le es difícil poder trasladar a su madre por la escasa movilidad existente en la zona, se trasladan a pie desde el C.P. Gasajpampa aproximadamente a 4 horas de camino (ida y vuelta), señalando que en ocasiones la carga en brazo, para apersonarse a realizar el cobro de sus Subvenciones Económicas en el C.P de Huayllabamba.
Por lo mencionado la usuaria necesita 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 el difícil traslado y se exponga al contagio por la COVID 19, por su alto nivel de vulnerabilidad.
- Solicitándose al programa se pueda efectivizar una visita domiciliar por parte de los operadores del programa que posibilite a la familia de la usuaria del programa efectivizar el cambio de modalidad de pago que convenga a su delicado estado de salud y alto grado de vulnerabilidad.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- 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: 03)

- 1.- Copia Ficha de Atención A-028-2021-ANC-P (01 folio).
- 2.- Copia de Listado 02. (01 folio)
- 3.- Registro Fotográfico (01 folio)

Virna Siobhan Stephanie Medina Figueroa



DNI: _____ CARGO: _____

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	Cecilia Domínguez de la Cruz	80504296	No puede caminar	en silla de ruedas	NO
2					
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				
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 entregaron el monto incompleto: SI/NO	Descripción del caso en base al testimonio del Titular
1				
2				
3				
4				
5				

REGISTRO FOTOGRAFICO



FOTO 01: Usuaría del programa con discapacidad motora en silla de ruedas tiene dificultad para trasladarse al punto de pago.