

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

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Moquegua, 29 de Setiembre del 2023

**OFICIO N° 0061-2023-RRCTVC/MOQUEGUA**

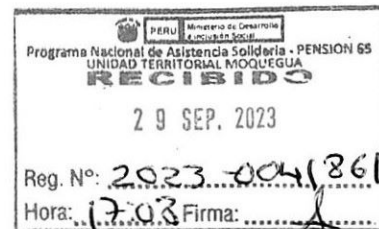
Señor(a)

**Abog. Requejo Vargas, Beatriz Aurora Jacqueline**

Jefe de la Unidad Territorial Moquegua

Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65

Moquegua.-



**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 (en adelante, el 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 realizado por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, como Responsable del Equipo Técnico le hago llegar los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 052-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 053-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 054-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 055-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 056-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 057-2023-CTVC/MOQ.

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

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

Atentamente,

<sup>1</sup> Un caso resuelto es aquel que el programa social ha comunicado al comité - por escrito -, manifestado:

- 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 acción correctiva inmediata que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestren la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión, Citando normas o documentos que así los demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO PARCIALMENTE RESULETO.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

**Calle. Lima N° 1020 – Cercado (Of. Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza Región Moquegua)**

**Celular:942153597. 980880677**

**http:// [www.ctvcperu.org](http://www.ctvcperu.org)**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Moquegua: 942153597

Teléfono Nacional: 994432338

## CASO

N° 054-2023-CTVC/MOQ

PROGRAMA SOCIAL:

PENSION 65

1. FECHA DE REGISTRO:

19/06/2023

### I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:

CUELA CHAMBILLA EBER MARTIN

3. NÚMERO-DNI:

43092352

4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN

COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – ICHUÑA

5. CARGO:

PRESIDENTE

### II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

6. FECHA DE OCURRENCIA:

19/06/2023

7. DEPARTAMENTO:

MOQUEGUA

8. PROVINCIA:

GRAL. SANCHEZ CERRO

9. DISTRITO:

ICHUÑA

10. CCPP/DIRECCIÓN:

ICHUÑA

11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA

SERVICIO DE PAGADURIA

12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?

04724796-USUARIO

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 proceso de Entrega de la Subvención Económica del Programa Pensión 65 correspondiente al periodo MAYO – JUNIO 2023, se visitó el punto de pago Ichuña, Modalidad Agencia Bancaria, se aplicó la Encuesta de Percepción a la Sra. Casilla Apaza Juliana de 72 años de edad, usuaria del programa, evidenciando los siguientes puntos críticos:

1. **USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA.** La usuaria realizó el cobro de abono en el Banco de la Nación de Ichuña, quien manifestó que no comprende el contenido del voucher que le entregaron en la ventanilla cuando cobro. Al respecto indicar que el voucher contiene información que ayuda a realizar algún reclamo y sobre todo contrastar en monto programado que recibe.

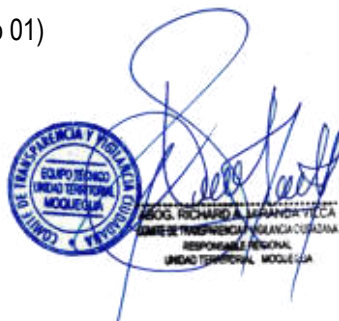
### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

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 lo siguiente:

- Se exhorta que se mejore las estrategias de difusión de tal manera que el usuario/a de acuerdo a su grado de instrucción comprenda el contenido del voucher sobre todo el retiro en efectivo, para evitar reclamos por entrega de montos incompletos.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de hechos alertados en el presente caso.

### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

1. Copia de Ficha de Vigilancia V-071-2023-MOQ-P (Anexo 01)



15/11/2023 (S) CPSO

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
SEDE REGIONAL MOQUEGUA

**ENCUESTA DE PERCEPCION AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

**FICHA DE VIGILANCIA**  
**ENCUESTA DE PERCEPCION**

Teléfono Regional: 942153597 CODIGO N° 1-071-2023-MOQ-P  
Teléfono Nacional: 994432338

**OBJETIVO: VERIFICAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIONES EN LOS PUNTOS DE PAGO, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS.**  
**INDICACIONES: El veedor/vigilante aplicará esta ENCUESTA a USUARIOS O TERCEROS AUTORIZADOS del programa Pensión 65 que hayan asistido al último OPERATIVO DE PAGO.**  
El veedor/vigilante llenará esta ficha de acuerdo a las respuestas del entrevistado marcando con X o resaltará de amarillo la opción que corresponda.

**En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No Sabe No Responde**

|                                                                                                                       |                                                                                                        |                                                               |                                                                                       |                     |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|--|
|                                                                                                                       | (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA                                                                  | (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA                          |                                                                                       |                     |  |
|                                                                                                                       | (a) Entrevista Presencial                                                                              | (b) Entrevista NO Presencial                                  |                                                                                       |                     |  |
| 1                                                                                                                     | FECHA INICIAL de la Entrevista: 14/10/2023                                                             | 2                                                             | HORA INICIAL de la Entrevista: 09:00                                                  |                     |  |
| <b>I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):</b>                                                          |                                                                                                        |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| 3                                                                                                                     | N° de DNI: 047224796                                                                                   | 4                                                             | APELLIDOS Y NOMBRES: Casilla Apaza Juliana                                            |                     |  |
| 5                                                                                                                     | DEPARTAMENTO: Moquegua                                                                                 | 6                                                             | PROVINCIA: Dist. Sanchez Cerro                                                        |                     |  |
| 7                                                                                                                     | DISTRITO: Chocoma                                                                                      | 8                                                             | CCPP/ANEXO/Dirección: 1 Chocoma                                                       |                     |  |
| 9                                                                                                                     | EDAD (en años): 72                                                                                     | 10                                                            | SEXO: (a) Femenino (b) Masculino                                                      |                     |  |
| 11                                                                                                                    | Tiene una discapacidad: (a) SI (b) NO                                                                  | 12                                                            | Teléfono/celular: (a) Ashaninka (b) Awajún (c) Aymara (d) Quechua (e) Otro, describa: |                     |  |
| 13                                                                                                                    | Su idioma predominante: (a) Español (b) Tercero autorizado por el Programa                             |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| 14                                                                                                                    | Quién responde la entrevista? (a) El usuario (b) Tercero autorizado por el Programa                    |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| <b>II. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO DE PAGO, MODALIDAD Y PERIODO DE PAGO DONDE COBRA EL USUARIO(A)</b> |                                                                                                        |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| 15                                                                                                                    | CODIGO Punto de Pago: 0149                                                                             | 16                                                            | NOMBRE DE PUNTO DE PAGO: Agencia/Punto de la Nación                                   |                     |  |
| 17                                                                                                                    | DEPARTAMENTO: Moquegua                                                                                 | 18                                                            | PROVINCIA: Dist. Sanchez Cerro                                                        |                     |  |
| 19                                                                                                                    | DISTRITO: Chocoma                                                                                      | 20                                                            | CCPP/DIRECCIÓN: 1 Chocoma                                                             |                     |  |
| 21                                                                                                                    | MODALIDAD de Pago: (a) Agencia/Banco (b) ETV (c) PIAS                                                  |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| 22                                                                                                                    | PERIODO de PAGO que se vigila: (a) Ene-Feb (b) Mar-Abr (c) May-Jun (d) Jul-Ago (e) Set-Oct (f) Nov-Dic |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| <b>III. SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENTREGA DE LA SUBVENCIÓN (OPERATIVO DE PAGO):</b>                         |                                                                                                        |                                                               |                                                                                       |                     |  |
| 23                                                                                                                    | ¿El usuario cuenta con una persona autorizada por el programa para que cobre la pensión?               | SI                                                            | NO                                                                                    | NS/NR               |  |
|                                                                                                                       | 23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:                                                            | (a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización | (b) Ya solicitó y no le respondieron                                                  | (c) Aún NO solicitó |  |
|                                                                                                                       |                                                                                                        | (d) No necesita tercera persona                               | (e) Otro: Especificar:                                                                |                     |  |

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL MOQUEGUA  
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

|    |                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------------|----------------------------------------|-----------------------------|-------|
| 24 | ¿Sabe usted a qué período o meses corresponde la pensión que cobró en este último operativo de pago?                                                                                      |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO | NS/NR |
|    | 24.1 Si la respuesta es "SI", diga el período:                                                                                                                                            | (a) Ene-Feb                                                                                                     | (b) Mar-Abr                    | (c) May-Jun                    | (d) Jul-Ago                     | (e) Set-Oct          | (f) Nov-Dic                            |                             |       |
| 25 | ¿Quién le avisó a usted sobre la fecha y el lugar de este último operativo de pago?                                                                                                       |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | (a) Municipalidad                                                                                                                                                                         | (b) Radio/TV                                                                                                    | (c) Usuario/vecino             | (d) Personal P65/Promotor      | (e) Subprefecto/Tnte Gobernador | (f) Miembro del CLTV |                                        |                             |       |
|    | (g) Redes sociales/Aplicativos                                                                                                                                                            | (h) Otro (especifique):                                                                                         |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 26 | ¿Cuánto tiempo demora usted en llegar desde su casa al punto de pago (Banco/Transportadora/PIAS)?                                                                                         |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | (a) Menos de 30 minutos                                                                                                                                                                   | (b) De 30 minutos a 1 hora                                                                                      | (c) De 1 a 2 horas             | (d) De 2 a 4 horas             | (e) De 4 horas a más            |                      |                                        |                             |       |
| 27 | ¿Qué medio utiliza usted para trasladarse al punto de pago? (Puede marcar más de una opción)                                                                                              |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | (a) A pie                                                                                                                                                                                 | (b) Acémila                                                                                                     | (c) Bicicleta/Triciclo         | (d) Canoa, chalupa, pequepeque | (e) Combi, autobus              | (f) Taxi/Mototaxi    | (g) Auto particular                    |                             |       |
|    | (h) Otro (especifique):                                                                                                                                                                   |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 28 | ¿Cuánto gasta usted para llegar desde su casa al punto de pago? (Ida y Vuelta) <i>(Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede movilizarse sólo)</i> |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | (a) Menos de 10 soles                                                                                                                                                                     | (b) De 10 a 20 soles                                                                                            | (c) De 21 a 40 soles           | (d) De 41 soles a más          |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 29 | ¿Para usted es fácil llegar desde su casa hasta el punto de pago? (Puede marcar más de una opción)                                                                                        |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 29.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:                                                                                                                                               | (a) Enfermedad y/o discapacidad                                                                                 | (b) No hay quien le acompañe   | (c) Inaccesibilidad y lejanía  |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    |                                                                                                                                                                                           | (d) Alto costo de desplazamiento                                                                                | (e) Pocos medios de transporte | (f) Otros:                     |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 30 | Desde que usted llega al punto de pago, ¿cuánto tiempo hace la cola en el banco, en la ETV o PIAS para cobrar su pensión?                                                                 |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | (a) Menos de 10 minutos                                                                                                                                                                   | (b) Entre 11 a 30 minutos                                                                                       | (c) Entre 31 minutos a 1 hora  | (d) Más de 1 hora              |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 31 | ¿Usted está de acuerdo con el tiempo que espera en la cola para cobrar la pensión?                                                                                                        |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 31.1 Si la respuesta es "NO", diga ¿por qué?                                                                                                                                              |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
| 32 | ¿Usted observó si fuera del Banco/ETV había un lugar de espera acondicionado con sillas/soldos/carpas para todos los usuarios que hacen cola?                                             |                                                                                                                 |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 33                                                                                                                                                                                        | ¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo?     |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 34                                                                                                                                                                                        | ¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos? |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 35                                                                                                                                                                                        | ¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?                                  |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 36                                                                                                                                                                                        | ¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?                                                         |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 37                                                                                                                                                                                        | ¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?                                               |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |
|    | 38                                                                                                                                                                                        | ¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?                           |                                |                                |                                 |                      |                                        |                             |       |

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL MOQUEGUA**  
**ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

|                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 39                                                                                                                                   | ¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?                                                                                        | <input type="checkbox"/> SI                    | <input checked="" type="checkbox"/> NO                             | NS/NR                     |
| 40                                                                                                                                   | ¿Usted sabe por qué motivos puedes ser SUSPENDIDO y dejar de recibir la pensión del Programa?                                    | <input checked="" type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| 40.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos:                                                                             |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 41                                                                                                                                   | ¿Usted sabe por qué motivos puedes ser DESAFILIADO del programa?                                                                 | <input checked="" type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| 41.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos:                                                                             |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 42                                                                                                                                   | ¿El promotor/a estuvo presente durante el operativo de pago en el Banco/ETV?                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| 43                                                                                                                                   | ¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago?                        | <input type="checkbox"/> SI                    | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| 43.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué dificultades ha tenido.                                                                       |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 44                                                                                                                                   | ¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV?                                                         |                                                |                                                                    |                           |
|                                                                                                                                      | (a)   Muy mala                                                                                                                   | (b)   Mala                                     | (c)   Regular                                                      | (d)   Buena               |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                | (e)   Muy buena                                                    | NS/NR                     |
| 45                                                                                                                                   | ¿Usted sufrió algún maltrato por parte del PROMOTOR o PAGADOR en el último operativo de pago?                                    | <input type="checkbox"/> SI                    | <input checked="" type="checkbox"/> NO                             | NS/NR                     |
| 45.1 Si la respuesta es "SI". Detalle lo ocurrido.                                                                                   |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| <b>IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO</b>                                                          |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 46                                                                                                                                   | ¿Usted ha participado en alguna de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS que desarrolló el programa en este último periodo de pago? | <input checked="" type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| Si la respuesta es "NO", pase a la pregunta 48                                                                                       |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 46.1 Si la respuesta es "SI". Diga en cuál de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS participó. <i>(Puede marcar más de una opción):</i> |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
|                                                                                                                                      | (a)   Talleres de Educación Financiera                                                                                           | (b)   Talleres de uso de tarjeta de débito     | (c)   Orientaciones sobre modalidad "cobro por tercero autorizado" |                           |
|                                                                                                                                      | (d)   Vacunación contra Influenza, COVID 19, Neumococo                                                                           | (e)   Promoción de emprendimientos productivos | (f)   Operación gratuita de cataratas                              |                           |
|                                                                                                                                      | (g)   Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón)                                                                        | (h)   Saberes Productivos                      | (i)   Alfabetización                                               | (j)   Campañas de salud   |
| 47                                                                                                                                   | ¿Cómo califica usted las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS brindados por Pensión 65?                                                |                                                |                                                                    |                           |
|                                                                                                                                      | (a)   Muy mala                                                                                                                   | (b)   Mala                                     | (c)   Regular                                                      | (d)   Buena               |
|                                                                                                                                      |                                                                                                                                  |                                                | (e)   Muy buena                                                    | NS/NR                     |
| <b>V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS</b>                                                                     |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
| 48                                                                                                                                   | ¿Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, se reúne periódicamente con otros usuarios del programa?                    | <input checked="" type="checkbox"/> SI         | <input type="checkbox"/> NO                                        | NS/NR                     |
| 48.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué actividades realizan en dichas reuniones. <i>(Puede marcar más de una opción):</i>            |                                                                                                                                  |                                                |                                                                    |                           |
|                                                                                                                                      | (a)   Comparten saberes                                                                                                          | (b)   Preparan y almuerzan juntos              | (c)   Tocan instrumentos, cantan y bailan                          | (d)   Otro (especifique): |

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL MOQUEGUA**  
**ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

49 ¿Quién decide cómo debe gastar usted el dinero que recibes de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

|                                                  |                                              |                                           |                                                           |       |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> (a) Usted mismo         | <input type="checkbox"/> (b) Conyugue/pareja | <input type="checkbox"/> (c) Hijos/Nietos | <input type="checkbox"/> (d) Usted junto a sus familiares | NS/NR |
| <input type="checkbox"/> (e) Otro (especifique): |                                              |                                           |                                                           |       |

50 ¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

|                                                       |                                                      |                                         |                                         |                                     |                                                        |                                                 |       |
|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> (a) Salud/medicina           | <input checked="" type="checkbox"/> (b) Alimentación | <input type="checkbox"/> (c) Vestimenta | <input type="checkbox"/> (d) Transporte | <input type="checkbox"/> (e) Ahorro | <input type="checkbox"/> (f) Invierte en algún negocio | <input type="checkbox"/> (g) Mejora su vivienda | NS/NR |
| <input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo |                                                      |                                         |                                         |                                     |                                                        |                                                 |       |
| <input type="checkbox"/> (i) Otro (especifique):      |                                                      |                                         |                                         |                                     |                                                        |                                                 |       |

51 Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, considera que su bienestar económico, emocional y de salud

|                                                     |                                          |                                           |             |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Ha mejorado | <input type="checkbox"/> (b) Sigue igual | <input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado | SI NO NS/NR |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|-------------|

**VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO**

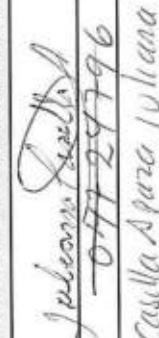

|                                       |                                                                                                                                                                        |             |
|---------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| <b>52 TRANSPARENCIA</b>               | 52.1 ¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?                                                    | SI NO NS/NR |
|                                       | 52.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?                                                      | SI NO NS/NR |
|                                       | 52.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?                                                                        | SI NO NS/NR |
| <b>53 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)</b> | 53.1 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle beneficios en el Programa?                  | SI NO NS/NR |
|                                       | 53.2 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió apoyar/votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa?    | SI NO NS/NR |
|                                       | 53.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió asistir a reunión/miñin de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa? | SI NO NS/NR |

**54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE**

**55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE**

56 **FECHA FINAL de Entrevista:** 19/10/2023 **HORA FINAL de Entrevista:** 09:30

La información brindada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. Los datos del informante serán tratados con toda CONFIDENCIALIDAD.

|                                                                                                       |                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DATOS DEL INFORMANTE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA (USUARIO o TERCERO AUTORIZADO PARA COBRAR)</b>     | <b>DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN</b> |
| <b>FIRMA</b><br> | <b>FIRMA</b><br>                                                  |
| <b>DNI:</b> <u>07729796</u>                                                                           | <b>DNI:</b> <u>80021163</u>                                                                                                                            |
| <b>Apellidos y Nombres:</b> <u>Juliana Aparo Juliana</u>                                              | <b>Apellidos y Nombres:</b> <u>Richard A. Miranda Vilca</u>                                                                                            |
| <b>Partes con usuario</b><br><u>usuario</u>                                                           | <b>Cargo:</b> <u>RR CTVC - Moquegua</u>                                                                                                                |
| <b>Teléfono:</b>                                                                                      | <b>Teléfono:</b> <u>914153035</u>                                                                                                                      |