

**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 CASOS¹:

- 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,

¹ 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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Moquegua: 942153597

Teléfono Nacional: 994432338

CASO

N° 056-2023-CTVC/MOQ

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	20/06/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MIRANDA VILCA RICHARD A.	3. NÚMERO-DNI:	80021163
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – MOQUEGUA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	20/06/2023
7. DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	8. PROVINCIA:	MARISCAL NIETO
9. DISTRITO:	TORATA	10. CCP/DIRECCIÓN:	TORATA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	TORATA-0144
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	232	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 Torata, Modalidad Agencia Bancaria evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- 1. PUNTO DE PAGO NO ESTA IMPLEMENTADO PARA PROTEGER AL USUARIO(A) DEL SOL Y/O LLUVIA.**
Se observó que al exterior de la agencia bancaria donde habitualmente se realiza la cola de espera, no se implementó con sillas con toldos o carpas que faciliten el descanso y protección de inclemencias del clima para los usuarios del programa. Los adultos mayores que hacían su cola, por el cansancio se sentaron en la vereda y otros se mantenían en pie durante el desarrollo del cobro.

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:

- Coordinar con el Gobierno Local la instalación de carpas/toldos y colocar sillas en el punto de pago, a fin de brindar comodidad a los usuarios adultos mayores.
- 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-082-2023-MOQ-P (Anexo 01)





MOG. RICHARD A. MIRANDA VILCA
 COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
 RESPONSABLE REGIONAL
 UNIDAD TERRITORIAL MOQUEGUA

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL MOQUEGUA	
VIGILANCIA AL OPERATIVO DE PAGO DEL PROGRAMA PENSION 65	
FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Regional: 942153597	CODIGO N° V-082-2023-1100-P
Teléfono Nacional: 994432338	PUNTO DE PAGO - AGENCIA BANCARIA/ETV/PIAS
OBJETIVO: VERIFICAR EL AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA, ASI COMO LA TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN SU EJECUCION. INDICACIONES: El veedor/vigilante aplicará esta ficha DURANTE un Operativo de Pago en un PUNTO DE PAGO. El veedor/vigilante llenará esta ficha OBSERVANDO el desarrollo del Operativo de Pago, luego marcará con X o resaltará de amarillo la opción que corresponda.	
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No verificado NA=No aplica	
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
(a) Vigilancia Presencial	(b) Vigilancia NO Presencial
1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 20/06/23	2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 10:00
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del PUNTO DE PAGO	
3 CÓDIGO de Punto de Pago: 0144	4 NOMBRE de Punto de Pago: Agencia Banco de la Nación
5 DEPARTAMENTO: Moquegua	6 PROVINCIA: Marsat Niebo
7 DISTRITO: Totata	8 CCPP/Dirección: Totata
9 Número de DISTRITOS PROGRAMADOS: 01	10 NÚMERO DE USUARIOS programados: 232
11 IDIOMA que predomina en la zona: → a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros () Señalar cuáles _____	
12 PERIODO de PAGO que se vigila: → Ene-Feb () Mar-Abr () May-Jun (X) Jul-Ago () Set-Oct () Nov-Dic ()	
13 LUGAR donde se hace la veeduría: → a) Agencia Bancaria (X) b) Empresa de Transportadora de Valores () c) PIAS ()	
II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE DE APOYO:	
14 ¿Quién es el Informante? (a) Usuario del programa (b) Autoridad Local (c) Otros: (X)	
15 N° DNI del Informante: 80021163	16 Apellidos y nombres del Informante: Miranda Julia Richard A.
17 Teléfono/celular del Informante: 942153597	18 Correo Electrónico del Informante: moquejara.rctocper@gmail.com
III. PROGRAMACIÓN Y DIFUSIÓN-CONVOCATORIA-DEL OPERATIVO DE PAGO: Verificar en frontis de la Municipalidad, Local comunal, etc. de distrito(s) programados para hoy	
19 Se REALIZA el Operativo de Pago en la fecha programada? Revisar el cronograma de pagos y confirmar la fecha programada →	SI NO
19.1 Si la respuesta es "NO" señale brevemente los motivos: →	

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL MOQUEGUA
ENCUESTA DE PERCEPCION AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

24	¿Sabe usted a qué periodo o meses corresponde la pensión que cobró en este último operativo de pago?							<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR											
	24.1	Si la respuesta es "SI", diga el periodo:	(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?																				
	(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)																				
	(a)	Menos de 10 soles		(b)	De 10 a 20 soles		(c)	De 21 a 40 soles		(d)	De 41 soles a más										
	<i>(Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede movilizarse sólo)</i>																				
29	¿Para usted es fácil llegar desde su casa hasta el punto de pago?																				
	(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?																				
	(a)	De acuerdo																			
	(b)	No de acuerdo																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
32	¿Usted observó si fuera del Banco/ETV había un lugar de espera acondicionado con sillas/toldos/carpas para todos los usuarios que hacen cola?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
33	¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
34	¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
35	¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
36	¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
37	¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			
38	¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?																				
	(a)	Sí																			
	(b)	No																			
	(c)	No sé																			
	(d)	Otro (especifique):																			

COMITE 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 checked="" type="checkbox"/> SI	<input 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
41	40.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos: ¿Usted sabe por qué motivos puedes ser DESAFILIADO del programa?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
42	41.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos: ¿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 checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
44	43.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué dificultades ha tenido. ¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV?	<input type="checkbox"/> (a) Muy mala	<input type="checkbox"/> (b) Mala	<input type="checkbox"/> (c) Regular
		<input type="checkbox"/> (d) Buena	<input type="checkbox"/> (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 type="checkbox"/> NO	NS/NR
46	45.1 Si la respuesta es "SI". Detalle lo ocurrido.			
IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO				
46	¿Usted ha participado en alguna de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS que desarrolló el programa en este último periodo de pago?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" 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	<input type="checkbox"/> (b) Talleres de uso de tarjeta de débito	<input type="checkbox"/> (c) Orientaciones sobre modalidad "cobro por tercero autorizado"	
	(d) Vacunación contra Influenza, COVID 19, Neumococo	<input type="checkbox"/> (e) Promoción de emprendimientos productivos	<input type="checkbox"/> (f) Operación gratuita de cataratas	
	(g) Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón)	<input type="checkbox"/> (h) Saberes Productivos	<input type="checkbox"/> (i) Alfabetización	<input type="checkbox"/> (j) Campañas de salud
47	¿Cómo califica usted las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS brindados por Pensión 65?	<input type="checkbox"/> (a) Muy mala	<input type="checkbox"/> (b) Mala	<input type="checkbox"/> (c) Regular
		<input type="checkbox"/> (d) Buena	<input type="checkbox"/> (e) Muy buena	NS/NR
V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS				
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	<input type="checkbox"/> (b) Preparan y almuerzan juntos	<input type="checkbox"/> (c) Tocan instrumentos, cantan y bailan	<input type="checkbox"/> (d) Otro (especifique):

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL MOQUEGUA
VIGILANCIA AL OPERATIVO DE PAGO DEL PROGRAMA PENSIÓN 65**

45	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	45.1 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar beneficios en el Programa?		SI	NO	NV
		45.2 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió apoyar/votar a favor de algún candidato a cambio de brindar beneficios en el Programa?		SI	NO	NV
		45.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público pidió asistir a reunión/mitin de algún candidato a cambio de brindar beneficios en el Programa?		SI	NO	NV

46 OBSERVACIONES O DIFICULTADES

47 SUGERENCIAS Y RECOMENDACIONES

48 ¿Algún miembro del equipo técnico lo **ACOMPAÑÓ PRESENCIALMENTE O TELEFÓNICAMENTE** a Usted durante la veeduría? SI NO

48.1 Si la respuesta es SI, registre los Apellidos y Nombres del miembro del equipo técnico que le acompañó: →

49	FECHA FINAL de Veeduría/Vigilancia:	20106123	50	HORA FINAL de Veeduría/Vigilancia:	14:00
----	-------------------------------------	----------	----	------------------------------------	-------

NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR
(Miembro del Comité Local o Miembro del Equipo Técnico-CTVC)

NOMBRES APELLIDOS: *Richard A. Miranda Vilca*
DNI: *800221163*

CARGO: *RR-CTVC - Moquegua*
DISTRITO: *Moquegua*
TELEFONO: *942153597*
CORREO ELECTRÓNICO:

NOMBRE, FIRMA y SELLO de VºBº del SUPERVISOR
(Responsable Regional del Equipo Técnico del CTVC que revisa la consistencia de la Ficha de Veeduría y da el VºBº)

NOMBRES APELLIDOS: *Richard A. Miranda Vilca*
DNI: *80021163*

CARGO: *RR-CTVC - Moquegua*
TELEFONO: *942153597*
CORREO ELECTRÓNICO: *moquegua.rctctvperu@gmail.com*

FIRMA

FIRMA