

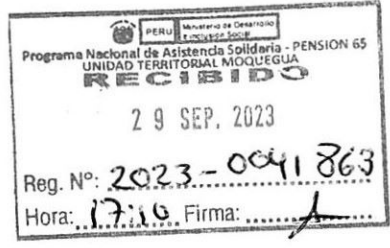
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL MOQUEGUA

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Moquegua, 29 de Setiembre del 2023

OFICIO N° 0062-2023-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 CUATRO (04) 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° 058-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 059-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 060-2023-CTVC/MOQ.
- CASO N° 061-2023-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,



RICHARDA MIRANDA VILCA
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
RESPONSABLE REGIONAL
UNIDAD TERRITORIAL MOQUEGUA

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Moquegua: 942153597

Teléfono Nacional: 994432338

CASO

N° 059-2023-CTVC/MOQ

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	08/08/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SANGA MAMANI ANDRES	3. NÚMERO-DNI:	23801132
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – LLOQUE	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	08/08/2023
7. DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	8. PROVINCIA:	GRAL. SANCHEZ CERRO
9. DISTRITO:	LLOQUE	10. CCPP/DIRECCIÓN:	LLOQUE
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	04727222-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 Lloque, Modalidad Empresa de Transportadora de Valores, se aplicó la Encuesta de Percepción a la Sr. Donato D. Mamani Chivigorre. de 75 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 la Modalidad de la Empresa de Transportadora de Valores en la ciudad de Lloque, 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-093-2023-MOQ-P (Anexo 01)



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL MOQUEGUA		FICHA DE VIGILANCIA	
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO		ENCUESTA DE PERCEPCIÓN	
Teléfono Regional:	942153597	CODIGO N° V-043-2023-1400-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:	08/08/23	2 HORA INICIAL de la Entrevista: 16:00
I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):			
3	N° de DNI:	04427222	4 APELLIDOS Y NOMBRES: MAMANI CHIVIGORRE ANDRADO D.
5	DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	6 PROVINCIA: GUAL SPANCHEZ CERRO
7	DISTRITO:	LLOQUE	8 CCPP/ANEXO/Dirección: LUCO
9	EDAD (en años):	75	10 SEXO: (a) Femenino (b) Masculino
11	Tiene una discapacidad:	(b) NO	12 Teléfono/celular:
13	Su idioma predominante:	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro, describa:	
14	¿Quién responde la entrevista?	(a) El usuario (b) Tercero autorizado por el Programa	
II. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO DE PAGO, MODALIDAD Y PERIODO DE PAGO DONDE COBRA EL USUARIO(A)			
15	CÓDIGO Punto de Pago:	5217	16 NOMBRE DE PUNTO DE PAGO: FTV-LLOQUE
17	DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	18 PROVINCIA: GUAL SPANCHEZ CERRO
19	DISTRITO:	LLOQUE	20 CCPP/DIRECCIÓN: LLOQUE
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	
III. SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENTREGA DE LA SUBVENCIÓN (OPERATIVO DE PAGO):			
23	¿El usuario cuenta con una persona autorizada por el programa para que cobre la pensión?	(a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización (b) Ya solicitó y no le respondieron (c) Aun NO solicitado	SI NO NS/NR
	23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:	(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

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
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 checked="" 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?	<input type="checkbox"/> (a) Muy mala	<input type="checkbox"/> (b) Mala	<input type="checkbox"/> (c) Regular
		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
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 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	<input type="checkbox"/> (b)	Talleres de uso de tarjeta de débito	<input type="checkbox"/> (c)
<input checked="" type="checkbox"/> (d)	Vacunación contra influenza, COVID 19, Neumococo	<input type="checkbox"/> (e)	Promoción de emprendimientos productivos	<input type="checkbox"/> (f)
<input type="checkbox"/> (g)	Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón)	<input type="checkbox"/> (h)	Saberes Productivos	<input type="checkbox"/> (i)
		<input type="checkbox"/> (j)	Alfabetización	<input type="checkbox"/> (k)
			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 checked="" 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>				
<input checked="" type="checkbox"/> (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 (especificue):	

**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 checked="" 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/INR
<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 checked="" type="checkbox"/> (a) Salud/medicina	<input checked="" type="checkbox"/> (b) Alimentación	<input checked="" 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	
	<input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo	<input type="checkbox"/> (i) Otro (especifique):						NS/INR
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							NS/INR
	<input type="checkbox"/> (b) Sigue igual							NS/INR
	<input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado							NS/INR

VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

	52.1 ¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/INR
52 TRANSPARENCIA	52.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/INR
	52.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/INR
53 NEUTRALIDAD (imparcialidad)	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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/INR
	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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/INR
	53.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió asistir a reunión/mitin de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/INR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE

55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE

56 FECHA FINAL de Entrevista:	08/08/2023	57 HORA FINAL de Entrevista:	16:30
-------------------------------	------------	------------------------------	-------

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

DATOS DEL INFORMANTE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA (USUARIO o TERCERO AUTORIZADO PARA COBRAR)	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TECNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN
FIRMA	FIRMA
DNI: 04727222	DNI: 80021163
Apellidos y Nombres: Donato Mamani Chirijani	Apellidos y Nombres: Richard A. Miranda Vilca
Partenteco con usuario	Cargo: RR CTVC - Moquegua
Teléfono: 993326118	Teléfono: 942153597