

**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° 060-2023-CTVC/MOQ

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	09/08/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	RAMOS CON EULOGIO RAMIRO	3. NÚMERO-DNI:	04724113
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – CHOJATA	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	09/08/2023
7. DEPARTAMENTO:	MOQUEGUA	8. PROVINCIA:	GRAL. SANCHEZ CERRO
9. DISTRITO:	CHOJATA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CHOJATA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	80185356-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 Chojata, Modalidad Empresa de Transportadora de Valores, se aplicó la Encuesta de Percepción a la Sra. Asencio Oviedo Margarita. de 67 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 Chojata, 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-097-2023-MOQ-P (Anexo 01)



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		SEDE REGIONAL MOQUEGUA	
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO		ENCUESTA DE PERCEPCIÓN	
Teléfono Regional:	942153597	CODIGO N° V-097-2023-MOQ-P	
Teléfono Nacional:	994432338	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN	
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: 09 10 2023	2	HORA INICIAL de la Entrevista: 09:00
I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):			
3	N° de DNI: 80185356	4	APELLIDOS Y NOMBRES: Asocio Oviedo Margarete
5	DEPARTAMENTO: Moquegua	6	PROVINCIA: G.S. Cerro
7	DISTRITO: Chojata	8	CCPP/ANEXO/Dirección:
9	EDAD (en años): 67	10	SEXO: (a) Femenino (b) Masculino
11	Tiene una discapacidad: (a) SI (b) NO	12	Teléfono/celular:
13	Su idioma predominante: (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajun (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: 5131	16	NOMBRE DE PUNTO DE PAGO: Plaza de Armas Chojata
17	DEPARTAMENTO: Moquegua	18	PROVINCIA: G.S. Cerro
19	DISTRITO: Chojata	20	CCPP/DIRECCIÓN: Chojata
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?	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
		(d) No necesita tercera persona	(e) Otro: Especificar: _____

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

39	¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NS/NR		
41	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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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
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	<input type="checkbox"/> 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 PERCEPCION 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 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



52	TRANSPARENCIA	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	NO	NS/NR
		52.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
		52.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
	NEUTRALIDAD	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	NO	NS/NR
	(Imparcialidad)	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	NO	NS/NR
		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	NO	NS/NR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE

55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE

56 **FECHA FINAL de Entrevista:** 09/108/2023 | **HORA FINAL de Entrevista:** 09:30

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

DATOS DEL INFORMANTE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA (USUARIO o TERCERO AUTORIZADO PARA COBRAR)	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN
FIRMA 	FIRMA 
DNI: 80185356	DNI: 80021163
Apellidos y Nombres: Asencia Oviedo Margarita	Apellidos y Nombres: Richard A. Miranda Vilca
Parentesco con usuario	Cargo: RR CTVC - Moquegua
Teléfono:	Teléfono: 942153597