

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Chachapoyas, 14 de julio del 2023

OFICIO N°0087-2023-CTVC/AMAZONAS BAGUA

Señor:

JOSUE GRANDEZ GOMERO

Jefe de la Unidad Territorial – Amazonas

Programa Nacional de Asistencia Solidaria-Pensión 65

Presente.-

Asunto: Se ALERTA un (01) CASO

De mi especial 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 realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el siguiente caso. ¹

- **CASO N° 0063-2023-CTVC/BAG**

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,



Ing. NANCY M. OCLOCHO MINCHÁN
RESPONSABLE REGIONAL DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS - BAGUA

Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada 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 demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestran.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a 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 o 3, según corresponda. De lo contrario si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO **PARCIALMENTE RESUELTO**.

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

Jr. Santo Domingo N°604-2do Piso-Chachapoyas-Amazonas
(Local de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza)

Celular:942157610

correo electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / amazonas.1rrctvcperu@gmail.com

<http://www.ctvcperu.org.pe>

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Bagua:942157610 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 0063-2023-CTVC/BAG	
PROGRAMA SOCIAL: PENSION 65		1. FECHA DE REGISTRO:		23/06/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		RUIZ ROJAS LUZ MARIA		3. NÚMERO-DNI: 33711162	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE HUAMBO		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 23/06/2023	
7. DEPARTAMENTO: AMAZONAS		8. PROVINCIA: UTCUBAMBA			
9. DISTRITO: HUAMBO		10. CCPP/DIRECCIÓN: SAN JUAN DE RUME RUME			
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?		33944650-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 1			
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El **23/06/2023**, la presidente del CLTVC del distrito de Huambo llevó a cabo una encuesta de percepción a usuarios. Durante esta encuesta, se recibió un reclamo por parte del señor Acosta Acosta Reinaldo, identificado con DNI **33944650**, usuario del programa social "Pensión 65". El reclamo quedó registrado bajo la Ficha de Vigilancia N° **V-109-2023-BAG-P** y en la Ficha de Atención N° A-013-2023-BAG-P donde se identificó el siguiente punto crítico:

1. **USUARIO A DESCONOCE EL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION DE COBRO DE LA PENSION:** Durante la entrevista, el Sr. Acosta Acosta Reinaldo identificado con DNI 33944650 usuario del programa pensión 65, expresó su preocupación acerca de los problemas que ha enfrentado al intentar cobrar su pensión durante el último operativo de pago. En particular, dijo que el lector de huellas en el Banco de la Nación no reconoce sus huellas, ya que ha perdido las líneas dactilares de sus dedos debido al trabajo que realizó a lo largo del tiempo. Ante esta situación, la presidente del CLTVC le preguntó si estaba fortalecido con la modalidad de cobro por terceros, la cual le permitiría designar a una persona de confianza para que cobre su pensión en su nombre. El usuario respondió que nunca había sido informado sobre esta opción por parte del programa Pensión 65 y que le sería de gran ayuda contar con esta alternativa.

En consecuencia, el usuario solicita que el programa Pensión 65 le brinde información sobre los trámites necesarios para realizar el cobro por terceros, así como los beneficios que conlleva esta modalidad. De esta manera, podrá evaluar la posibilidad de optar por esta forma de cobro para garantizar el acceso a su pensión de manera más efectiva.

- | |
|---|
| IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES: |
|---|
- a) Se recomienda al programa social, aplicar lo dispuesto en la RD N° 223-2020-MIDIS/P65-DE Directiva "Autorización de cobro por terceros de la subvención económica de usuarios del programa Pensión 65"
 - b) Es fundamental que el programa Pensión 65 proporcione al usuario información clara y completa sobre la modalidad de cobro por terceros. Esto debe incluir los requisitos, trámites y beneficios asociados a esta opción de cobro. Pueden utilizar diferentes canales de

- comunicación, como folletos informativos, mensajes por correo, llamadas telefónicas o incluso visitas en persona.
- c) El programa Pensión 65 puede colaborar con el Banco de la Nación y brindar capacitación específica al personal bancario en el punto de pago donde el usuario ha enfrentado problemas. Esta capacitación debe incluir instrucciones sobre cómo lidiar con situaciones en las que los usuarios no pueden utilizar el lector de huellas y cómo gestionar adecuadamente los cobros por terceros. Esto ayudará a garantizar un mejor servicio y atención al usuario.
 - d) Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar a esta sede Regional las medidas adoptadas y las acciones que el programa viene estableciendo para dar solución al caso alertado en el ámbito de su jurisdicción.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01)

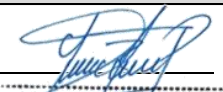
Anexo N° 01. Ficha de atención N° A-013-2023-BAG-P

Anexo N° 02: Ficha de Vigilancia N° V-109-2023-BAG-P



Lic. YURIA PELAEZ POCLIN
RESPONSABLE DE CAMPO DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS - BAGUA

Anexo N° 01. Ficha de atención N° A-013-2023-BAG-P

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N°	A-013-2023-BAG-P
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE DE ABOGADO-					
1. PROGRAMA por X:	CONTIGO () /CUNA MÁS () / FONCODES () /JUNTOS () PAIS () / PENSIÓN 65 (X) / QALI WARMA ()			2. FECHA de REGISTRO:	23 / 06 / 2023 /
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el (la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos/nombres:	RUIZ ROJAS LUZ MARIA		4. Documento-DNI:	33711162	
5. Sexo (género):	Masculino () Femenino (X)		6. Fecha de nacimiento:		
7. ¿Es usuario(a)?:	SI () Fecha Afiliación ____ / ____ / ____ / NO (X)		8. Tiempo Residencia:	() MESES	
9. Correo electrónico:			10. Teléfono personal:		
11. Institución/cargo:	PRESIDENTA DEL CLTVC-HUAMBO		12. Teléf. institucional:	917 240 185	
13:Departamento	AMAZONAS		19. Provincia:	RODRIGUEZ DE MENDOZA	
15. Distrito:	HUAMBO		21. CCPP/Dirección	SAN JUAN DE RUME RUME	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIENES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
<p>la presidente del CLTVC del distrito de Huambo llevó a cabo una encuesta de percepción a usuarios. Durante esta encuesta, se recibió un reclamo por parte del señor Acosta Acosta Reinaldo, identificado con DNI 33944650 y usuario del programa social "Pensión 65". Durante la entrevista, el usuario expresó su preocupación acerca de los problemas que ha enfrentado al intentar cobrar su pensión durante el último operativo de pago. En particular, dijo que el lector de huellas en el Banco de la Nación no reconoce sus huellas, ya que ha perdido las líneas dactilares de sus dedos debido al trabajo que realizó a lo largo del tiempo. Ante esta situación, la presidente del CLTVC le preguntó si estaba fortalecido con la modalidad de cobro por terceros, la cual le permitiría designar a una persona de confianza para que cobre su pensión en su nombre. El usuario respondió que nunca había sido informado sobre esta opción por parte del programa Pensión 65 y que le sería de gran ayuda contar con esta alternativa.</p> <p>En consecuencia, el usuario solicitó que el programa Pensión 65 le brinde información sobre los trámites necesarios para realizar el cobro por terceros, así como los beneficios que conlleva esta modalidad. De esta manera, podrá evaluar la posibilidad de optar por esta forma de cobro para garantizar el acceso a su pensión de manera más efectiva</p>					
23. TIPO de ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()			24. TOTAL DE FOLIOS:	
25. Dctos. ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio() Constancia () Partida Nacimiento () Copia DNI () DJ () Otros ()				
OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES APELLIDOS: <u>RUIZ ROJAS LUZ MARIA</u> DNI: <u>33711162</u> CARGO: <u>PRESIDENTA DEL CLTVC-HUAMBO</u>			 NOMBRES APELLIDOS: <u>Lic. YURLA PELÁEZ POCLIN</u> RESPONSABLE DE CAMPO DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA CARGO: <u>AMAZONAS - BAGUA</u> DNI: _____		

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

Teléfono Regional:		FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° <u>V-109-2023-BAG-P</u>
Teléfono Nacional:		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

<input checked="" type="checkbox"/> (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	<input type="checkbox"/> (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
<input checked="" type="checkbox"/> (a) Entrevista Presencial	<input type="checkbox"/> (b) Entrevista NO Presencial
1 FECHA INICIAL de la Entrevista: <u>23/06/2023</u>	2 HORA INICIAL de la Entrevista: <u>11:24</u>

I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):

3 N° de DNI: <u>33944650</u>	4 APELLIDOS Y NOMBRES: <u>Acosta Acosta Reynaldo.</u>
5 DEPARTAMENTO: <u>Amazonas</u>	6 PROVINCIA: <u>Rodriguez de Mendoza.</u>
7 DISTRITO: <u>Huambo</u>	8 CCPP/ANEXO/Dirección: <u>San Juan de Rume Rume.</u>
9 EDAD (en años): <u>73</u>	10 SEXO: <input type="checkbox"/> (a) Femenino <input checked="" type="checkbox"/> (b) Masculino
11 Tiene una discapacidad: <input type="checkbox"/> (a) SI <input checked="" type="checkbox"/> (b) NO	12 Teléfono/celular: _____
13 Su idioma predominante: <input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> (b) Quechua <input type="checkbox"/> (c) Aymara <input type="checkbox"/> (d) Ashaninka <input type="checkbox"/> (e) Awajún <input type="checkbox"/> (f) Otro, describa:	
14 Quién responde la entrevista? <input checked="" type="checkbox"/> (a) El usuario <input type="checkbox"/> (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: <u>0266</u>	16 NOMBRE DE PUNTO DE PAGO: <u>Mendoza.</u>
17 DEPARTAMENTO: <u>Amazonas</u>	18 PROVINCIA: <u>Rodriguez de Mendoza.</u>
19 DISTRITO: <u>Huambo (San Nicolas)</u>	20 CCPP/DIRECCIÓN: <u>San Nicolas</u>
21 MODALIDAD de Pago: <input checked="" type="checkbox"/> (a) Agencia/Banco <input type="checkbox"/> (b) ETV <input type="checkbox"/> (c) PIAS	
22 PERIODO de PAGO que se vigila: <input type="checkbox"/> (a) Ene-Feb <input type="checkbox"/> (b) Mar-Abr <input checked="" type="checkbox"/> (c) May-Jun <input type="checkbox"/> (d) Jul-Ago <input type="checkbox"/> (e) Set-Oct <input type="checkbox"/> (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 <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR
23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización <input type="checkbox"/> (b) Ya solicitó y no le responden <input type="checkbox"/> (c) Aún NO solicitó <input type="checkbox"/> (d) No necesita tercera persona <input type="checkbox"/> (e) Otro: Especificar: _____

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN 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	<input checked="" type="checkbox"/> (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	<input checked="" type="checkbox"/> (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	<input checked="" type="checkbox"/> (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? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) A pie	(b) Acémila	(c) Bicicleta/Triciclo	(d) Canoa, chalupa, pequepeque	<input checked="" type="checkbox"/> (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	<input checked="" type="checkbox"/> (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? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
	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	<input checked="" type="checkbox"/> (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?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
	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/toldos/carpas para todos los usuarios que hacen cola?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
33	¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
34	¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
35	¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
36	¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
37	¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
38	¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
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	<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	
	40.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos: <i>Actualización del SISFOH</i>				
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: <i>Por la economía</i>				
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 checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	
	43.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué dificultades ha tenido. <i>No reconoce su huella dactilar.</i>				
44	¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV?				<input type="checkbox"/> NS/NR
	(a) Muy mala	(b) Mala	(c) Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	(e) Muy buena
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?				<input type="checkbox"/> NS/NR
	(a) Muy mala	(b) Mala	(c) Regular	(d) Buena	(e) Muy buena
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>				
	<input checked="" type="checkbox"/> Comparten saberes	(b) Preparan y almuerzan juntos	(c) Tocan instrumentos, cantan y bailan	(d) Otro (especifique):	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
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/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 checked="" 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	
<input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo							NS/NR
<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 checked="" type="checkbox"/> (b) Sigue igual	<input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado	SI NO NS/NR
			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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
		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/NR
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/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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE	55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE
El usuario dice que le dificulta ver el bocher por que tiene problemas de la vista, además sufre de tiroldes	Elaborar bozo para cobro por terceros.
56 FECHA FINAL de Entrevista: 23/06/2023	57 HORA FINAL de Entrevista: 11:45

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 VEEDOR VOLUNTARIO, MIEMBRO DE COMITÉ LOCAL, MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO QUIEN APLICA LA ENCUESTA	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN
FIRMA:	FIRMA:	FIRMA:
DNI: 33944650	DNI: 33111162	DNI: 70805902
Apellidos y Nombres: Acosta Acosta Reinoldo	Apellidos y Nombres: Luz Maria Ruiz Rojas	Apellidos y Nombres: Peñez Padin Yori Andrew
Parentesco con usuario: Usuario	Cargo: Presidente	Cargo: P.C - CTVC
Teléfono: No tiene	Teléfono: 917240185	Teléfono: 994423735