

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AREQUIPA
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo "

Arequipa, 01 de septiembre del 2023

OFICIO N° 0048-2023-CTVC/AREQUIPA

Señor:

Marlon Candia Huarachi
Jefe de la Unidad Territorial Arequipa
Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65
Presente.-



Asunto: Se ALERTA (01) caso

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 realizada por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0074-2023-CTVC/ARE
- CASO N° 0075-2023-CTVC/ARE

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

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

Atentamente


J.C. JESSICA OJEDA VALDIVIA HUAMÁN
Responsable Regional - Equipo Técnico - Arequipa
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA


¹ 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 Alertado, precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Arequipa: 942157595
Teléfono Nacional: 945095602

CASO

N°0074-2023-CTVC/ARE

PROGRAMA SOCIAL	PENSIÓN 65		1. FECHA DE REGISTRO:	20/06/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	QUISPE SIVANA QUISPE EUSEBIO		3. NÚMERO-DNI:	29247028
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE ALTO SELVA ALEGRE		5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	20/06/2023
7. DEPARTAMENTO:	AREQUIPA	8. PROVINCIA:	AREQUIPA	
9. DISTRITO:	AREQUIPA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CALLE PIEROLA S/N CERCADO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	AREQUIPA-0101	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

En el marco de las acciones de veeduría realizadas al Operativo de Pago del Programa Pensión 65, en el Punto de Pago Arequipa, se realizó una entrevista a la Sra. Seferina Coaguila Romero, identificada con DNI N° 29704639, usuaria del Programa Pensión 65, registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIA DESCONOCE EL PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR LA AUTORIZACION DE COBRO DE LA PENSION.** La entrevistada manifestó desconocer el procedimiento para solicitar una “**autorización de cobro por terceros**”. La usuaria presenta discapacidad física, camina con la ayuda de un bastón, para movilizarse tiene que trasladarse en taxi al punto de pago para realizar el cobro de la pensión, generándole gastos adicionales; vive en el P.J Apurímac del distrito de Alto Selva Alegre en compañía de otros familiares. La usuaria requiere se le informe a detalle sobre el citado procedimiento evaluando, de ser el caso, la posibilidad de su implementación considerando las condiciones propias de salud en las que tiene que acudir al punto de pago, las cuales como se ha indicado le dificulta en gran medida su desplazamiento para el cobro de la subvención económica.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los lineamientos técnicos y normativos del Programa Pensión 65, se sugiere lo siguiente:

- a) El Programa informe a la usuaria sobre los procedimientos de cobro por terceros, y de ser el caso se implemente por tratarse de una persona vulnerable y que tiene desmejorada sus condiciones físicas de salud para el desplazamiento al punto de pago.
- b) Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (03))

1. Anexo 01: Ficha de Vigilancia V-0103-2023-ARE-Q (04 folios).
2. Fotografía de la Usuaría.



.....
Naldy Ahuanlla Mansilla
Responsable de Campo

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

Teléfono Regional:	942157595	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° <u>V-103-2023-ARE-P</u>
Teléfono Nacional:	945095602	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	
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Entrevista Presencial	(b) Entrevista NO Presencial ✓	

1	FECHA INICIAL de la Entrevista:	20 1 06 2023	2	HORA INICIAL de la Entrevista:	12:09 PM
---	---------------------------------	--------------	---	--------------------------------	----------

I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A): <i>Cefsira Coaguila Romero</i>					
3	N° de DNI:	29704639	4	APELLIDOS Y NOMBRES:	Cefsira Coaguila Romero
5	DEPARTAMENTO:	Arequipa	6	PROVINCIA:	Arequipa
7	DISTRITO:	Alto del Olivo S.A	8	CCPP/ANEXO/Dirección:	P.J. Arequipa
9	EDAD (en años):	71 años	10	SEXO:	(a) Femenino <input checked="" type="checkbox"/> (b) Masculino
11	Tiene una discapacidad:	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>columna con el número de discapacidad</small>	12	Teléfono/celular:	—
13	Su idioma predominante:	(a) Español <input checked="" type="checkbox"/> (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro, describa:			
14	Quién responde la entrevista?	<input checked="" type="checkbox"/> 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:	0101	16	NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:	Arequipa
17	DEPARTAMENTO:	Arequipa	18	PROVINCIA:	Arequipa
19	DISTRITO:	Arequipa	20	CCPP/DIRECCIÓN	calle Píezola
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 <input checked="" type="checkbox"/> (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	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	
	23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:	<input checked="" type="checkbox"/> Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización	(b) Ya solicitó y no le responden	(c) Aún NO solicitó	
		(d) No necesita tercera persona	(e) Otro: Especificar: <u>SI</u>		

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AREQUIPA
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? <i>Mayo y Junio</i>						SI	NO	NS/NR
24.1	Si la respuesta es "SI", diga el período:		(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? <i>MDASA</i>								
	<input checked="" type="checkbox"/> (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)? <i>10 minutos</i>								
	<input checked="" type="checkbox"/> (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? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>								
	(a) A pie	(b) Acémila	(c) Bicicleta/Triciclo	(d) Canoa, chalupa, pequepeque	(e) Combi, autobus	<input checked="" type="checkbox"/> (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 moverse sólo)</i>								
	(a) Menos de 10 soles	(b) De 10 a 20 soles	<input checked="" type="checkbox"/> (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>						SI	NO	NS/NR
29.1	Si la respuesta es "NO", diga por qué:		<input checked="" type="checkbox"/> (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	<input checked="" type="checkbox"/> (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?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	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	NO	NS/NR
33	¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo?						SI	NO	NS/NR
34	¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
35	¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
36	¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
37	¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR
38	¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR

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

39	¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?	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?	SI	<input checked="" 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?	SI	<input checked="" 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?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	
43	¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago?	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?					NS/NR
	(a) Muy mala	(b) Mala	(c) Regular	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	(e) Muy buena	NS/NR
45	¿Usted sufrió algún maltrato por parte del PROMOTOR o PAGADOR en el último operativo de pago?	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?	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	(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?					NS/NR
	(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?	SI	<input checked="" 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 AREQUIPA
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	NS/NR
<input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo							
<input type="checkbox"/> (i) Otro (especifique):							NS/NR

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
			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? 2015	<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

56 FECHA FINAL de Entrevista: <u>20/06/2013</u>	57 HORA FINAL de Entrevista: <u>12:30</u>
---	---

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: <u>29704639</u>	DNI: <u>29247028</u>	DNI: <u>46965728</u>
Apellidos y Nombres: <u>Coaguila Romero Selina</u>	Apellidos y Nombres: <u>QUISPE VIANNA QUISPE EUSEBIO</u>	Apellidos y Nombres: <u>Ahuánlla Mansilla Wally</u>
Parentesco con usuario: <u>Esposa</u>	Cargo: <u>PRESIDENTE CTVC - A.S.A.</u>	Cargo: <u>Responsable de campo</u>
Teléfono: <u>(No tiene celular)</u>	Teléfono: <u>4 959780916</u>	Teléfono: <u>984058359</u>

Anexo 2: Fotografía de la Usuaria del Programa Pensión 65



Sra. Seferina Coaguila Romero, usuaria del Programa Pensión 65