

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°0075-2023-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. Agustina Tintaya de Pari, identificada con DNI N° 02289293, 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 tiene 84 años y es quechua hablante, padece de enfermedades y deterioro de la salud propias de su edad por lo que le dificulta moverse con facilidad al punto de pago al cual es acompañada por su hija, generalmente se desplaza en transporte público lo que genera que en algunas ocasiones sufra maltrato e incomodidades propias del tipo de transporte; además mencionar que en ocasiones presenta dificultades en la agencia bancaria ya que no se reconoce con facilidad su huella digital en el lector biométrico al momento de realizar el cobro de la pensión no contributiva. Vive en la Asoc. Alto Misti del distrito de Miraflores. Por lo mencionado, la usuaria solicita se le informe a detalle sobre el citado procedimiento evaluando, de ser el caso, la posibilidad de su implementación; para tal efecto les proporcionamos el número telefónico de su hija cuyo nombre es Gregoria Pari Tintaya: **933560816**

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.

1. Anexo 01: Ficha de Vigilancia V-102-2023-ARE-Q (04 folios).



.....
Naldy Ahuanlla Mansilla
Responsable de Campo

A

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-102-2023-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

	<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>20 / 06 / 2023</u>	2 HORA INICIAL de la Entrevista: <u>11 : 00</u>
---	---

I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):			
3 N° de DNI:	<u>022 89 293</u>	4 APELLIDOS Y NOMBRES:	<u>Tendaya de Pari Agustina.</u>
5 DEPARTAMENTO:	<u>Arequipa</u>	6 PROVINCIA:	<u>Arequipa</u>
7 DISTRITO:	<u>Miraflores</u>	8 CCPP/ANEXO/Dirección:	<u>Asoc. Alto Misti</u>
9 EDAD (en años):	<u>34</u>	10 SEXO:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Femenino <input type="checkbox"/> (b) Masculino
11 Tiene una discapacidad:	<input type="checkbox"/> (a) SI <input checked="" type="checkbox"/> (b) NO	12 Teléfono/celular:	<u>933 560816</u>
13 Su idioma predominante:	<input type="checkbox"/> (a) Español <input checked="" 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>0201</u>	16 NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:	<u>Arequipa</u>
17 DEPARTAMENTO:	<u>Arequipa</u>	18 PROVINCIA:	<u>Arequipa</u>
19 DISTRITO:	<u>Arequipa</u>	20 CCPP/DIRECCIÓN	<u>Calle Pírcula</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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	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 AREQUIPA
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?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	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 CLTVC	
	(g) Redes sociales/Aplicativos						<input checked="" type="checkbox"/> Otro (especifique): <i>los días 20 cada dos meses se aproxima al banco a realizar el cobro.</i>						
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>						(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>						<input checked="" type="checkbox"/> (a) Menos de 10 soles	(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	NO	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	<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	<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?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR				
35	¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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?						SI	<input checked="" type="checkbox"/> 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	NO	NS/NR		
40	¿Usted sabe por qué motivos puedes ser SUSPENDIDO y dejar de recibir la pensión del Programa?	SI	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	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	NO	NS/NR		
43	¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago?	SI	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	(d) Buena	(e) Muy buena	
45	¿Usted sufrió algún maltrato por parte del PROMOTOR o PAGADOR en el último operativo de pago?	SI	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	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	
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	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 type="checkbox"/> (a) Usted mismo	<input type="checkbox"/> (b) Conyugue/pareja	<input type="checkbox"/> (c) Hijos/Nietos	<input checked="" 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						
<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

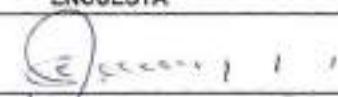
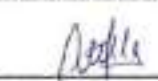
<input checked="" type="checkbox"/> (a) Ha mejorado	<input type="checkbox"/> (b) Sigue igual	<input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
NS/NR				

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?	SI	NO	NS/NR
		52.2 ¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	NO	NS/NR
		52.3 ¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	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?	SI	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?	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?	SI	NO	NS/NR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE	55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE
<i>usuario tiene dificultades en el reconocimiento de la huella digital.</i>	
56 FECHA FINAL de Entrevista: <u>20/06/2023</u>	57 HORA FINAL de Entrevista: <u>11:40</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>022 89 293</u>	DNI: <u>27247028</u>	DNI: <u>46965725</u>
Apellidos y Nombres: <u>Tantaya de Puni Agustina</u>	Apellidos y Nombres: <u>Quispevilca Quispe Escobedo</u>	Apellidos y Nombres: <u>Ahuancalla Mansillo Naldy</u>
Parentesco con usuario: <u>usuario</u>	Cargo: <u>Presidente CTVC ASA</u>	Cargo: <u>Responsable de Campo</u>
Teléfono: <u>933 560 316 (hogar)</u> <i>(según)</i>	Teléfono: <u>957780916</u>	Teléfono: <u>954658759</u>