

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**UNIDAD TERRITORIAL JUNIN**  
*“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”*

Huancayo, 14 julio del 2023.

**OFICIO N° 0154-2023-CTVC/JUNÍN**

Señor(a)  
**ING. SULLA ERIKA BLAS RIVERA**  
Jefa de la Unidad Territorial – Junín.  
Programa Nacional Pensión 65.

Junín.-

**Asunto: Se ALERTA Siete (07) CASO(S).**

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 (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de 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 (los) siguiente (s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- CASO N° 154-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 155-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 156-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 157-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 158-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 159-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 160-2023-CTVC/JUN.

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los 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,

  
**JESSICA ROJAS DOMINGUEZ**  
**RESONSABLE REGIONAL - CTVC**

<sup>1</sup> 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 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 ó 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.

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Junín: (#)942161273

Teléfono Nacional: (#)942160416

**CASO****N° 155-2023-CTVC/JUN**PROGRAMA SOCIAL: **PENSION 65** 1. FECHA DE REGISTRO: **21/06/2023****I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:**2. APELLIDOS NOMBRES: **VALENTIN ZEVALLOS LUCY SUELA** 3. NÚMERO-DNI: **20904823**4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN **COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-JUNIN** 5. CARGO: **SECRETARIA****II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO** 6. FECHA DE OCURRENCIA: **21/06/2023**7. DEPARTAMENTO: **JUNÍN** 8. PROVINCIA: **JUNIN**9. DISTRITO: **JUNIN** 10. CCPP/DIRECCIÓN: **Jr. FRANCISCO BOLOGNESI N° 342**11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA **SERVICIO DE PAGADURIA** 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? **20883755-USUARIA**13. CANTIDAD DE AFECTADOS: **1** 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: **01 Punto Crítico****III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):**

El 21/06/2023 durante las acciones de veeduría/vigilancia realizada por la Sra Lucy Valentin Zevallos, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Junin, durante el operativo de pago a los usuarios/as del Programa Pensión 65, en la agencia del Banco de la Nación de la provincia de Junín, se aplicó la Ficha de Vigilancia N° 182-2023 y se registró el siguiente punto crítico:

1. **USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA.** La Sra. Rigoberta Echevarría Guere Vda. de Mateo con DNI,20883755, Adulta mayor de 78 años de edad, quien acudió a la agencia del Banco de la Nación del distrito de Junin, para realizar su cobro de la pensión correspondiente al operativo de pago, periodo mayo-junio 2023 se le entrevisto preguntándole si comprendía el contenido del vóucher o boleta que le entregaron en el Banco, al respecto respondió que **NO**. Cabe resaltar: que la usuaria también desconoce sobre que es una cuenta de ahorro.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

Se recomienda al Programa Pensión 65, que en el marco de los lineamientos que norman el proceso (Pagaduría), realice las acciones pertinentes para resolver el caso con la celeridad que lo amerita, toda vez que se estaría vulnerando el derecho de los usuarios, que no están siendo atendidos de manera oportuna y adecuada.

- a) Que el programa garantice el cumplimiento de la **RDE D000012-223-2020-PENSION65-DE**. 7. Disposiciones Específicas. 7.2 Intervenciones Complementarias del eje de envejecimiento productivo. 7.2.1 Intervenciones Directas. a) Visitas domiciliaria con Educación Financiera. Sesiones de educación financiera para brindar conocimientos que les permita realizar prácticas financieras (cuenta de ahorro y cliente de Banco de la Nación, priorización de gastos y derechos para decidir sobre el gasto). b) Talleres de educación Financiera. Con fines de reforzar los mensajes en educación financiera a los usuarios y usuarias en los temas de: Tenencia de una cuenta de ahorro; Confianza en el sistema financiero; Priorización de gastos.
- b) En el marco de la Política Nacional de Inclusión Financiera (PNIF), aprobada mediante el **Decreto Supremo N° 255-2019-EF**. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) fortalece los procesos de inclusión financiera en el país, especialmente en la población más vulnerable que habita en zonas rurales y remotas, a través del fomento de la educación financiera, bancarización, entre otros servicios dirigidos a los usuarios de los programas sociales que tiene a su cargo.

1. Copia de Ficha de Vigilancia – Encuesta de percepción N°182-2023-JUN-P (4 folio).



**JESSICA ROJAS DOMINGUEZ**  
**RESPONSABLE REGIONAL - CTVC**

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

Teléfono Regional:	945075677	<b>FICHA DE VIGILANCIA</b>	<b>CODIGO N°V- 182 2023-JUN-P</b>
Teléfono Nacional:	984 056 206		

**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:	21 / 06 / 2023 /	2	HORA INICIAL de la Entrevista:	8 : 30
---	---------------------------------	------------------	---	--------------------------------	--------

<b>I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):</b>					
3	N° de DNI:	20832255	4	APELLIDOS Y NOMBRES:	Rivero Eneverio Luis de
5	DEPARTAMENTO:	JUNIN	6	PROVINCIA:	Muzo JUNIN
7	DISTRITO:	Junin	8	CCPP/ANEXO/Dirección:	Jr. Francisco Delgado N° 342
9	EDAD (en años):	78	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:	-
13	Su idioma predominante:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) 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			

<b>II. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO DE PAGO, MODALIDAD Y PERIODO DE PAGO DONDE COBRA EL USUARIO(A)</b>					
15	CÓDIGO Punto de Pago:	0507	16	NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:	Agencia 3 Junin
17	DEPARTAMENTO:	Junin	18	PROVINCIA:	- Junin
19	DISTRITO:	Junin	20	CCPP/DIRECCIÓN	Jr. Isidoro Suarez 155
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			

<b>III. SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENTREGA DE LA SUBVENCIÓN (OPERATIVO DE PAGO):</b>			
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 <input 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 checked="" type="checkbox"/> (d) No necesita tercera persona <input type="checkbox"/> (e) Otro: Especificar:	



**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL JUNIN**  
**ENCUESTA DE PERCEPCION AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO**

39	¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?			
40	¿Usted sabe por qué motivos puedes ser SUSPENDIDO y dejar de recibir la pensión del Programa?	SI	<del>NO</del>	NS/NR
	40.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos:	SI	<del>NO</del>	NS/NR
41	¿Usted sabe por qué motivos puedes ser DESAFILIADO del programa?	SI	<del>NO</del>	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?	<del>SI</del>	NO	NS/NR
43	¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago?	SI	<del>NO</del>	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?	SI	<del>NO</del>	NS/NR
	45.1 Si la respuesta es "SI". Detalle lo ocurrido.			
<b>IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO</b>				
46	¿Usted ha participado en alguna de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS que desarrolló el programa en este último periodo de pago?	SI	<del>NO</del>	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
<b>V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS</b>				
48	¿Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, se reúne periódicamente con otros usuarios del programa?	SI	<del>NO</del>	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 JUNIN

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 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 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 <b>accesible</b> (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	<del>NO</del>	NS/NR
		52.2 ¿Es <b>oportuna</b> (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	<del>NO</del>	NS/NR
		52.3 ¿Es <b>comprensible</b> (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	<del>NO</del>	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	<del>NO</del>	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	<del>NO</del>	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	<del>NO</del>	NS/NR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE	55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE
-	
56 FECHA FINAL de Entrevista: <u>21 / 06 / 2023</u>	57 HORA FINAL de Entrevista: <u>08:45</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: <u>Sin firma</u>	FIRMA: <u>Jenny Vela</u>	FIRMA: <u>[Firma]</u>
DNI: <u>20883755</u>	DNI: <u>70904873</u>	NOMBRES APELLIDOS: <u>Gilmar Alberto Medrano Echevarria</u>
Apellidos y Nombres: <u>Benjamin Guiso Vela de Muro</u>	Apellidos y Nombres: <u>Indertin Zalcidias Luz</u>	DNI: <u>47147547</u>
Parentesco con usuario: <u>-</u>	Cargo: <u>-</u>	CARGO: <u>Responsable de Campo</u>
Teléfono: <u>-</u>	Teléfono: <u>904674062</u>	CORREO ELECTRÓNICO: <u>gmedranoe.ctvcperu@gmail</u>