

**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<br>Teléfono Nacional: (#)942160416 | <b>CASO</b> | <b>N° 159-2023-CTVC/JUN</b> |
|--|-------------|-----------------------------|

|                         |                   |                              |                   |
|-------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|
| <b>PROGRAMA SOCIAL:</b> | <b>PENSION 65</b> | <b>1. FECHA DE REGISTRO:</b> | <b>21/06/2023</b> |
|-------------------------|-------------------|------------------------------|-------------------|

**I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:**

|                                    |   |                       |                 |
|------------------------------------|---|-----------------------|-----------------|
| <b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>       | <b>PEREZ OSPINA ANA</b>   | <b>3. NÚMERO-DNI:</b> | 80519871        |
| <b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b> | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-CONCEPCION | <b>5. CARGO:</b>      | VICE PRESIDENTA |

**II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO**

|  |                       |   |                   |
|--|-----------------------|---|-------------------|
| <b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b>                   | <b>21/06/2023</b>     |   |                   |
| <b>7. DEPARTAMENTO:</b>                          | JUNÍN                 | <b>8. PROVINCIA:</b>                              | CONCEPCION        |
| <b>9. DISTRITO:</b>                              | HEROINAS TOLEDO       | <b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>                        | CALLE BOLIVAR 210 |
| <b>11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA</b> | SERVICIO DE PAGADURIA | <b>12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?</b> | 20420269-USUARIA  |
| <b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>                | 1                     | <b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b>           | 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. Ana Pérez Ospina, vicepresidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Concepcion , 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° 201-2023 y se registró el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA.** La Sra. Santa Juana Laureano De Zarate con DNI, 20420269, Adulta mayor de 77 años de edad, quien acudió a la agencia del Banco de la Nación del distrito de Concepción, 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.

- 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.
- 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° 201-2023-JUN-P (4 folio).



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

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

|  |  |   |                                     |                                  |                                   |
|--|--|---|-------------------------------------|----------------------------------|-----------------------------------|
| Teléfono Regional:   | 942156617  | <b>FICHA DE VIGILANCIA</b>  |                                     | 201...2023-JUN-P                 |                                   |
| Teléfono Nacional:   | 984056206  | <b>ENCUESTA DE PERCEPCION</b>   |                                     |                                  |                                   |
| <b>OBJETIVO:</b> VERIFICAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIONES EN LOS PUNTOS DE PAGO, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS.<br><b>INDICACIONES:</b> El veedor/vigilante aplicará esta ENCUESTA a USUARIOS O TERCEROS AUTORIZADOS del programa Pensión 65 que hayan asistido al último OPERATIVO DE PAGO.<br>El veedor/vigilante llenará esta ficha de acuerdo a las respuestas del entrevistado marcando con X o resaltará de amarillo la opción que corresponda. |  |   |                                     |                                  |                                   |
| <b>En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA:→ NS/NR=No Sabe No Responde</b>   |  |   |                                     |                                  |                                   |
|  | (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:  | 21/10/2023  | 2                                   | HORA INICIAL de la Entrevista:   | 10:00                             |
| <b>I. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):</b>  |  |   |                                     |                                  |                                   |
| 3  | N° de DNI:   | 20920269  | 4                                   | APELLIDOS Y NOMBRES:             | LAUREANO DE ZAPATE<br>SANTA IVANA |
| 5  | DEPARTAMENTO:  | JUNIN   | 6                                   | PROVINCIA:                       | LO                                |
| 7  | DISTRITO:  | HERNANDEZ TALEDO  | 8                                   | CCPP/ANEXO/Dirección:            | CALLE BOLIVAR 210                 |
| 9  | EDAD (en años):  | 27  | 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) Awajún (f) Otro, describe: |                                     |                                  |                                   |
| 14   | Quién responde la entrevista?  | (a) El usuario (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:  | 0382  | 16                                  | NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:         | Parro Nacion Concepcion           |
| 17   | DEPARTAMENTO:  | Junin   | 18                                  | PROVINCIA:                       | concepcion                        |
| 19   | DISTRITO:  | Concepcion  | 20                                  | CCPP/DIRECCIÓN                   | Av. Mariscal Cáceres N° 339       |
| 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         |                                     |                                  |                                   |
| <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? | SI  | <input checked="" type="checkbox"/> | NO                               | <input type="checkbox"/>          |
|  | 23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:  | (a) 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: _____        |                                  |                                   |

**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL JUNIN  
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  | 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?   | de usuario cobra con tarjeta  |                                |                                |                                 |                       |                     |
|      | (a) Municipalidad   | (b) Radio/TV  | (c) Usuario/vecino             | (d) Personal P65/Promotor      | (e) Subprefecto/Tnte Gobernador | (f) Miembro del CLTVC |                     |
|      | (g) Redes sociales/Aplicativos  | (h) Otro (especifique): consejo estaba escrita en una boja                                      |                                |                                |                                 |                       |                     |
| 26   | ¿Cuánto tiempo demora usted en llegar desde su casa al punto de pago (Banco/Transportadora/PIAS)?   |   |                                |                                |                                 |                       |                     |
|      | (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?   | (Puede marcar más de una opción)  |                                |                                |                                 |                       |                     |
|      | (a) A pie   | (b) Acémila   | (c) Bicicleta/Triciclo         | (d) Canoa, chalupa, pequepeque | (e) Gombi, 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)  | (Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede moverse sólo) |                                |                                |                                 |                       |                     |
|      | (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?   | (Puede marcar más de una opción)  |                                |                                | 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   | (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?  | 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?                               | SI  | NO                             | NS/NR                          |                                 |                       |                     |
| 35   | ¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?  | SI  | NO                             | NS/NR                          |                                 |                       |                     |
| 36   | ¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?   | SI  | NO                             | NS/NR                          |                                 |                       |                     |
| 37   | ¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?   | SI  | NO                             | NS/NR                          |                                 |                       |                     |
| 38   | ¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?   | SI  | NO                             | NS/NR                          |                                 |                       |                     |

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

|   |  |  |  |   |               |       |
|---|--|--|--|---|---------------|-------|
| 39  | ¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?  | <input type="checkbox"/> SI                  | <input checked="" 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 type="checkbox"/> SI                  | <input type="checkbox"/> NO                                      | <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR |               |       |
|   | 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 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 quisieron apoyarme en el manejo de su tarjeta por el promotor y</i> |  |  |   |               |       |
| 44  | ¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV?   | <i>buena</i>                                 |  |   |               |       |
|   | (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. <i>No me apoyan en mi tarjeta.</i>  |  |  |   |               |       |
| <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?         | <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?  |  |  |   | NS/NR         |       |
|   | (a) Muy mala   | (b) Mala                                     | (c) Regular  | (d) Buena                                 | (e) Muy buena |       |
| <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?                            | <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) Focan instrumentos, cantan y bailan                          | (d) Otro (especifique)                    |               |       |

**COMITE 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? <small>(Puede marcar más de una opción)</small>                    |  | NS/NR   |   |       |
| <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 |       |
| <input type="checkbox"/> (e) Otro (especifique):  |  |   |   |       |
| 50 ¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65? <small>(Puede marcar más de una opción)</small>                                    |  | NS/NR   |   |       |
| <input type="checkbox"/> (a) Salud/medicina   | <input 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 type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   |       |
| <input checked="" type="checkbox"/> (a) Ha mejorado   | <input type="checkbox"/> (b) Sigue igual               | <input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado   |   |       |
| <b>VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO</b>  |  |   |   |       |
| 52  | TRANSPARENCIA  | 52.1 ¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?   | <input 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 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 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 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 P | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | NS/NR |
|   |  | 53.3 ¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió asistir a reunión/miñ de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el  | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   | NS/NR |
| 54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE   |  | 55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE   |   |       |
| El vigilante hizo quedar en un lugar la tarjeta multimed, una multa   |  | Implementar capacitación permanente sobre el manejo de la tarjeta a los usuarios  |   |       |
| 56 FECHA FINAL de Entrevista:   | 21/06/2023   | 57 HORA FINAL de Entrevista:  | 10:20   |       |
| 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   |   |       |
| DNI:  | 20920269   | DNI:  | 80519871  |       |
| Apellidos y Nombres:  | LUIS ANO DE ZAETE SANTA JUANA                          | Apellidos y Nombres:  | Pedro Cepina Anco   |       |
| Parentesco con usuario  | USUARIO  | Cargo:  | Presidente  |       |
| Teléfono:   |  | Teléfono:   | 964439227   |       |
|   |  | FIRMA   |   |       |
|   |  | DNI:  | 40931508  |       |
|   |  | Apellidos y Nombres:  | ROMERO GARCIA SHULMA                                      |       |
|   |  | Cargo:  | RESPONSABLE DE CAMPO                                      |       |
|   |  | Teléfono:   | 94215617  |       |