

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL AMAZONAS - CONDORCANQUI
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Nieva, 19 de enero de 2023

OFICIO N° 0001-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.

Señor(a)

JOSUE GRANDEZ GOMERO

Jefe de la Unidad Territorial Pensión 65.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA UN (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 (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal 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 el Equipo Técnico Regional de Amazonas Condorcanqui del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente el siguientes CASOS¹:

- CASO N° 001-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de este CASO y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,



OSCAR MEZA GRANDA
Responsable Regional
Sede, Amazonas-Condorcanqui
Cel: 970951576.

Se adjunta (05 folios)

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 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

Telf. AMAZONAS COND: 970951576
Telf. Nacional: 984056206

CASO

0001-2023-CTVC/AMAZ/CON

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	13/01/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	RICARDO NARAGKAS ZACARIAS	3. NÚMERO-DNI:	33768918
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE PUERTO GALILEA	5. CARGO:	SECRETARIO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	20/09/2022
7. DEPARTAMENTO:	AMAZONAS	8. PROVINCIA:	CONDORCANQUI
9. DISTRITO:	RIO SANTIAGO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CP PUERTO GALILEA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	ETV-0652-PUERTO GALILEA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	151	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

Durante las acciones de veeduría/vigilancia al programa PENSION 65, el secretario del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana el Sr. NARAGKAS ZACARIAS RICARDO identificado con DNI N° 33768918, evidencio mediante Ficha de Atención A-001-2023-CON, los puntos críticos descrito a continuación:

1. NO SE CUMPLE CON HORARIO DE ATENCION DEL OPERATIVO DE PAGO.

El 20/09/2022 se ejecutó el pago a usuarios del Programa Pensión 65 en el punto de pago ubicado el Centro Poblado de Puerto Galilea (programado para las 9.00 a.m), donde se verifico que inicio a las 10:15 am; sin embargo el promotor del programa Sr. Kintui Katip Yanua, firmó el formato de reporte de incidencias (Acta de Servicio - Programas Sociales) con hora 9:30 am, sin considerar que la hora de inicio fue otra.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Verificar el caso a la brevedad, y se informe de las acciones implementadas destinadas a la solución del hecho alertado.

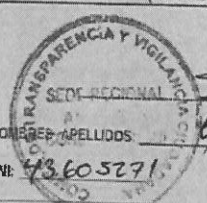
V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01)

- Copia Ficha de Atención A-001-2023-CON (Anexo 01)
- Cronograma de pago (Anexo 02)



OSCAR MEZA GRANDA
Responsable Regional
Sede, Amazonas-Condorcanqui
Cel: 970951576

ANEXO 01 FICHA DE ATENCION

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° 4-001-2023-R01-5	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO					
1. PROGRAMA por X: CONTIGO () / CUNA MAS () / FONCODES () / JUNTOS (X) PAIS () / PENSIÓN 65 () / QALI WARMA ()		2. FECHA de REGISTRO: 13/09/23			
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos/nombres: NARAGAS ZACARIAS RICARDO		4. Documento-DNI: 33768918			
5. Sexo (género): Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha nacimiento:			
7. ¿Es usuario(a)? SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia: () MESES			
9. Correo electrónico:		10. Telefono personal:			
11. Institución/cargo: Comité de Transparencia		12. Telef. Institucional:			
13. Departamento: AMAZONAS		14. Provincia: CONDORCANGUI			
15. Distrito:		16. CCPP/dirección:			
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:		17. FECHA OCURRENCIA: 20/09/23			
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: AMAZONAS		19. Provincia: CONDORCANGUI			
20. Distrito: RIO SANTIAGO		21. CCPP/dirección: CP. PUERTO GALILEA			
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS: CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 ordenar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Domicilio). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE NOTIFICARON EL CASO (QUE DEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO). PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL ORGANISMO DEL PROGRAMA, ¿CÓMO SE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER? Con fecha 20 de setiembre se ha desarrollado el punto de pago al Programa Nacional de Apoyo directo a los mas pobres - JUNTOS en el Centro poblado de Puerto Galilea, Distrito de Rio Santiago, Provincia de Condorcangui Region Amazona. El pago estaba programado para las 9:00am. Lo cual hubo un retraso de 1 hora con 15 minutos iniciandose a las 10:15am por lo que los usuarios(as) del programa especialmente madres gestantes y madres con niños recién nacidos presentaron sus reclamos porque la demora del pago.					
23. TIPO d ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()					
24. TOTAL FOLIOS:					
25. Dctos. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimiento () Copia DNI () DJ () Otros ()					
26. OBSERVACIONES: Se adjunta CRONOGRAMA DE PAGO					
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: OSCAR VIEIRA GRANDA DNI: 43605271 CARGO: Resp. Regional			NOMBRES APELLIDOS: NARAGAS ZACARIAS RICARDO DNI: 33768918 CARGO: SECRETARIO CTUC		

ANEXO 02 CRONOGRAMA DE PAGO

CRONOGRAMA DE PAGO**PERIODO:** TIM - 2022 - 04**MODALIDAD:** EMPRESA TRANSPORTADORA DE VALORES (ETV)

N°	REGIÓN	PROVINCIA	DISTRITO	PUNTO DE PAGO	FECHA	HORA
01	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	PUERTO GALILEA	20/09/2022	09:00:00
02	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	BELEN	21/09/2022	09:30:00
03	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	SAN RAFAEL	21/09/2022	14:00:00
04	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	CANDUNGOS	22/09/2022	10:00:00
05	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	AMPAMA	23/09/2022	13:00:00
06	AMAZONAS	CONDORCANQUI	RÍO SANTIAGO	C.P. ALIANZA PROGRESO	24/09/2022	10:00:00
07	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	TAYUNSA	29/09/2022	09:00:00
08	AMAZONAS	BAGUA	NIEVA	PUTUYAKAT	29/09/2022	14:00:00
09	AMAZONAS	BAGUA	IMAZA	TUPAC AMARU I	30/09/2022	08:00:00
10	AMAZONAS	CONDORCANQUI	EL CENEPA	KUSU KUBAIM	6/10/2022	11:00:00
11	AMAZONAS	CONDORCANQUI	EL CENEPA	MAMAYAQUE	7/10/2022	09:30:00
12	AMAZONAS	CONDORCANQUI	EL CENEPA	HUAMPAMI	8/10/2022	11:00:00
13	AMAZONAS	BAGUA	IMAZA	CHIPE	9/10/2022	11:00:00
14	AMAZONAS	BAGUA	IMAZA	C.P. CHIKAIS	10/10/2022	11:00:00
15	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	BAJO CACHIACO	18/10/2022	09:00:00
16	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	CENTRO IPACUMA	19/10/2022	10:00:00
17	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	KIGKIS	20/10/2022	13:00:00
18	AMAZONAS	CONDORCANQUI	NIEVA	YUMINGKUS (EX ALTO KUIT)	21/10/2022	14:00:00
19	AMAZONAS	BAGUA	IMAZA	ALTO TUNTUS	POR CONFIRMAR	
20	AMAZONAS	CONDORCANQUI	EL CENEPA	PAMPAENTSA	POR CONFIRMAR	
21	AMAZONAS	CONDORCANQUI	EL CENEPA	SHAIM	POR CONFIRMAR	
22	AMAZONAS	BAGUA	IMAZA	WAYAMPIAK - TUYANKUWAS	POR CONFIRMAR	

Unidad Territorial Amazonas Condorcanqui

FORMATO DE REPORTE DE INCIDENCIAS
ACTA DE SERVICIO - PROGRAMAS SOCIALES

Información del punto de pago:

Punto de pago: PUERTO GALILEA
Prov. y Depart.: CONDORCANGUI - AHUACHAS
Sucursal a cargo: TARAPOTO
Fecha de entrega de fondos: _____

Fecha y hora programada: 20/09/2022
Hora de inicio: 09:30 AM
Hora de finalización: _____
Fecha de entrega de planillas: _____

Cantidad de ventanillas:	Programa JUNTOS: _____	Programa Pensión 65: <u>05</u>
Total de beneficiarios	Programa JUNTOS: _____	Programados: <u>780</u> Atendidos: <u>751</u>
	Programa Pensión 65: _____	Programados: _____ Atendidos: _____

Para ser marcado y llenado por la Empresa Transportadora:

Ambiente adecuado para realizar el pago

*En caso de haber marcado (NO); detallar el motivo.

(SI) (NO)

Se presentó alguna incidencia durante el servicio

*En caso de haber marcado (SI); detallar el motivo.

(SI) (NO)

Se efectuó algún pago mayor a S/. 400.00 con la autorización del Supervisor del operativo y/o quien haga sus veces

Cuantos

151

(SI) (NO)

Para ser marcado y llenado por el personal de los Programas Sociales:

Inicio en la hora programada

La calidad y denominación del billete fue la adecuada

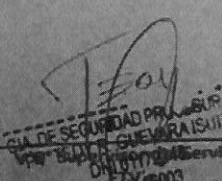
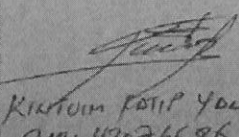
La calidad de la atención fue la adecuada

*En caso de haber marcado (NO); en algún campo detallar el motivo.

(SI) (NO)

(SI) (NO)

(SI) (NO)

 AUTORIDAD LOCAL O PNP		 KINTUIN FATIP YAU DNI: 42076686	
V"B" Programa JUNTOS	V"B" Programa Pensión 65	V"B" Autoridad Local o PNP	

(* La firma de la Autoridad Local o de un efectivo PNP se usará sólo en el caso de que no exista presencia de los Promotores de los Programas Sociales al cierre de la presente ACTA.