

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, 22 de agosto del 2023

OFICIO N° 0046-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.

Señor(a)

JOSUE GRANDEZ GOMERO.

Jefe de la Unidad Territorial Amazonas

Programa Nacional de Asistencia Solidaria Pensión 65.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA TRES (04) CASOS.

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° 059-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.**
- **CASO N° 060-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.**
- **CASO N° 061-2023-CTVC/AMAZONAS-CONDORCANQUI.**
- **CASO N° 062-2023-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 (06 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 implementado 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

Telf. AMAZONAS COND: 970951576 Telf. Nacional: 942160511	CASO	Nº 0062-2023-CTVC- CON
--	-------------	---------------------------

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65	1. FECHA DE REGISTRO:	05/08/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	JOEL QUININ NARANGAS	3. NÚMERO-DNI:	45355327
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE CANDUNGOS	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	05/08/2023
7. DEPARTAMENTO:	AMAZONAS	8. PROVINCIA:	CONDORCANQUI
9. DISTRITO:	RIO SANTIAGO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	C.N. ALIANZA PROGRESO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	ETV-1001-ALIANZA PROGRESO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	02
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de Vigilancia a los procesos del Programa Nacional de asistencia solidaria pensión 65, La presidente del CLTV de Candungos Sr. Joel Quinin Narangas identificado con DNI Nº 45355327 y mediante Ficha de Atención A-043-2023-CON, se describe los puntos críticos descritos a continuación:

1. AUSENCIA DE PROMOTOR U OTRO PERSONAL DE PENSION 65 DURANTE EL OPERATIVO DE PAGO.

Con fecha 05/08/2023 se desarrolló las acciones de Veeduría/vigilancia al operativo de pago del Programa Pensión 65 en el Centro Poblado Alianza Progreso, Distrito de Rio Santiago, Provincia de Condorcanqui, Región Amazonas, por modalidad de ETV, donde se corroboró que en el punto de pago no se encontraba ningún personal del programa pensión 65 para absolver las consultas a los usuarios presentes.

2. NO SE PUBLICA/DIFUNDE EL PADRON DE USUARIOS ABONADOS.

En el mismo punto de pago se corroboró que no se publicó el padrón de usuarios abonados no se ha publicado el padrón de usuarios abonados, lo descrito no se estaría dando cumplimiento a la RDE 103-2023-PENSIÓN65-DE. viii) Difusión de Relación Bimestral del Usuarios y relación bimestral de suspendidos y desafiliados, entre otros

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Que el programa de cumplimiento a las, RDE 103-2023-PENSIÓN65-DE. viii) Difusión de Relación Bimestral del Usuarios y relación bimestral de suspendidos y desafiliados, entre otros **Pag 02,**

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso, en relación a los principios y estándares ofrecidos por el Programa Pensión 65.
- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho

alertado en el presente caso, en relación a los principios y estándares ofrecidos por el Programa Pensión 65.

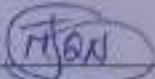
V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

- Ficha de Atención N° 043-2023-CON-P
- Acta de servicios-programas sociales



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

ANEXO 01: FICHA DE ATENCIÓN.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-013-2023-COH-P	
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 MÁS () FONCODES () JUNTOS () PAIS () PENSION 65 (X) OMI WARMA ()		2. FECHA de REGISTRO: 05/08/23	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		GOMIN NARANJO JOEL		4. Documento-DNI:	
5. Sexo (Género):		Masculino (X) Femenino ()		6. Fecha Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI () Fecha Afiliación: / / NO (X)		8. Tiempo Residencia: (24) MESES	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:		Amazonas		14. Provincia:	
15. Distrito:		Rio Santiago		16. CCPP/Dirección:	
				cc. N.N. Alianza Progreso	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 05/08/23	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		Amazonas		19. Provincia:	
20. Distrito:		Rio Santiago		21. CCPP/Dirección:	
				cc. N.N. Alianza Progreso	
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 (máximo son más de 3 adjuntar listado con Apellidos Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
Durante las acciones de Veeduría y Vigilancia al Programa Pensión 65, en el operativo de pago en la Comunidad Nativa de Alianza Progreso se evidenció que no se han pagado los padrones de usuarios Afiliados, Suspendidos y desafiliados. Además no existe personal encargada para que los usuarios desarrollen consultas. Se pide al programa para que un personal acompañe a los puntos de pago ya que nuestros usuarios necesitan ser atendidos.					
23. TIPO d ATENCIÓN: Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()					
24. TOTAL FOLIOS:					
25. Dctos. ADJUNTOS: Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacimto () Copia DNI () DJ () Otros ()					
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL VEEADOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES APELLIDOS: JOEL GOMIN NARANJO DNI: 45355327 CARGO: PRESIDENTE.			NOMBRES APELLIDOS: _____ DNI: _____ CARGO: _____		

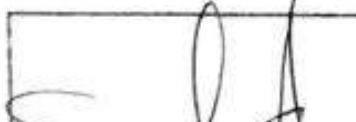
ANEXO 02 ACTA DE SERVICIOS – PROGRAMAS SOCIALES

FORMATO DE REPORTE DE INCIDENCIAS ACTA DE SERVICIO – PROGRAMAS SOCIALES

Información del punto de pago.		Fecha y hora programada: <u>05-08-2023</u>	
Punto de pago: <u>ALIANZA PROGRESO</u>		Hora de inicio: <u>10:00</u>	
Prov. y Depart.: <u>CONDORCANQUI - AMBROSIO</u>		Hora de finalización: <u>11:45</u>	
Sucursal a cargo: <u>TARAPOTO</u>		Fecha de entrega de planillas: <u>05-08-2023</u>	
Fecha de entrega de fondos: <u>05-08-2023</u>			
Cantidad de ventanillas:	Programa JUNTOS: <u>04</u>	Programa Pensión 65	
Total de beneficiarios	Programa JUNTOS	Programados <u>365</u>	Atendidos <u>279</u>
	Programa Pensión 65	Programados <u>-</u>	Atendidos <u>-</u>

Para ser marcado y llenado por la Empresa Transportadora.	
Ambiente adecuado para realizar el pago	☒ (SI) ☐ (NO)
*En caso de haber marcado (NO); detallar el motivo.	
Se presentó alguna Incidencia durante el servicio	☐ (SI) ☒ (NO)
*En caso de haber marcado (SI); detallar el motivo.	
Se efectuó algún pago mayor a S/. 400.00 con la autorización del Supervisor del operativo y/o quien haga sus veces	☒ (SI) ☐ (NO)
Cuantos <u>06</u>	

Para ser marcado y llenado por el personal de los Programas Sociales.	
Inicio en la hora programada	☒ (SI) ☐ (NO)
La calidad y denominación del billete fue la adecuada	☒ (SI) ☐ (NO)
La calidad de la atención fue la adecuada	☒ (SI) ☐ (NO)
*En caso de haber marcado (NO); en algún campo detallar el motivo.	

 CIA. DE SEGURIDAD PROSEGUR P.V. WIDMAN GONZALES MERA DNI: 41716049	PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO A LOS MAS POBRES JUNTOS		
	TEC. ENF. HIOLER UGKUCH GIUCAM GESTOR LOCAL UNIDAD TERRITORIAL DE AMAZONAS CONDORCANQUI		
V"B" Supervisor del Servicio ETV's	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.