

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL DE TUMBES
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

Tumbes, 11 de mayo/ de 2023

OFICIO N° 0026-2023-CTVC/TUMBES

Señor

Maximiliano Vegas Jaramillo

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS

Presente. -

Asunto: se ALERTA UN (01) CASO

De mi mayor consideración

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle muy cordialmente a nombre del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana. 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 realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS:

- CASO N°0041-2023-CTVC/TUM

Finalmente me permito pedirle que se realice la verificación de estos 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


Aquino Engelberto Zurita Guerrero
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

Un **CASO RESUELTO** es aquel que el programa social ha comunicado al Comité - 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 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 a 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 Tumbes: 942160878 Teléfono Nacional: 942160416		CASO		N°041-2023-CTVC/TUM	
PROGRAMA SOCIAL:		JUNTOS		1. FECHA DE REGISTRO: 08/05/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		KARINA ELIZABETH SOLANO ZARATE		3. NÚMERO-DNI: 00248064	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA CORRALES		5. CARGO: Vicepresidenta	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 08/05/2023	
7. DEPARTAMENTO:		TUMBES		8. PROVINCIA: TUMBES	
9. DISTRITO:		TUMBES		10. CCPP/DIRECCIÓN: BUENOS ARIES	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		VERIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 60237495-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 08/05/2023, la señora Karina Elizabeth Solano Zarate en comunicación telefónica reporta el caso de la señora usuaria del programa JUNTOS señora **LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO** Juntos (**950643403**), dicha información quedo registrada en la Ficha de Atención A-023-2023-TUM-J, identificándose el siguiente punto crítico

- DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** La Sra. LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO, identificada con DNI N°60237495, manifiesta que desde junio del 2022 fue incorporada al Programa Juntos-según App MI JUNTOS, actualmente posee 02 miembros objetivos. Sin embargo, la mencionada usuaria se encuentra disconforme con la suspensión del periodo de VCC marzo-abril 2023 que el programa Juntos ha establecido a su hogar, por otro lado la señora en mención comento, en principio no conocía las razones de su suspensión, en la App MI JUNTOS se evidencio el siguiente mensaje **“No abonado, su hogar no ha cumplido con sus corresponsabilidades en Salud o educación”**. Véase anexo N°03. Al realizar la consulta en App MI JUNTOS se evidencio que la suspensión viene por no haber cumplido con la corresponsabilidad en salud de acuerdo a la información de plataforma del <https://intranet.juntos.gob.pe/mijuntos1/home> donde se puede evidenciar el motivo de la suspensión, viene por el lado del MO del niño menor edad de nombre **ANGEL FABIO YAUNCE RODRIGUEZ**, nacido 29/05/20222 (11 meses de edad). Véase anexo 03

Sin embargo, la Sra. **LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO**, sostiene que su niño ha cumplido con los controles de acuerdo al protocolo del CRED y de las normas técnicas de Salud que el **CENTRO DE SALUD DE SAN ISIDRO** ha establecido de acuerdo a su edad, Véase anexo N°04. Ante tal situación la señora se apersono al centro de salud donde recibe atención su niño y se ha corroborado que efectivamente que el niño si ha cumplido con los controles programados y se encuentran registrados como corresponde en HIS/MINSA, asistencia, controles, registros oportunos, los mismos que ha sido acreditados por la DRA Milagros Agurto Domínguez, jefe del centro de salud de San Isidro quien ratifica que el menor ha cumplido con los controles en las fechas programadas. Véase anexo N°04, quien manifiesta que el programa debe acercarse al centro de salud para realizar al verificación de dicha información para no afectar a humildes madres familia que hacen uso del servicio del programa JUNTOS.

En ese sentido, la Sra. **LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO** ante el **Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana**, manifiesta su disconformidad de su suspensión del periodo marzo-abril 2022 que el programa estableció a su hogar, ya que éste ha cumplido con lo establecido en el marco del Procedimiento para la ejecución de la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades; ante ello, solicita al programa, realice una nueva verificación de cumplimiento del VCC de dicho periodo, debido a que el hogar del afectado no debería ser suspendido habiendo cumplido su corresponsabilidad.

.IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a) Garantizar el cumplimiento de lo establecido en el **numeral 6 Disposiciones Específicas, RDE N°000038-2021-MIDIS/PNADP-DE**, por ello, la parte operativa del programa Juntos fortalezca el seguimiento y actualice la información de la VCC del hogar.
- b) Verificar el Cumplimiento de las corresponsabilidades del periodo **marzo- abril 2022** del hogar de la **LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO** y de ser corroborado el cumplimiento de la usuaria, realizar el abono correspondiente a los periodos afectados

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

1. Anexo 01: Ficha de Atención N° 023-2023-TUM-J (01 folio)
2. Anexo 02: Copia de DNI de la Madre y MO (01 Folio)
3. Anexo 03: Captua de Pantalla de Suspensión y Motivo (01 folio)
4. Anexo 04: Constancia de acreditar cumplimiento de controles y registro en HIS-MINSA (03 folios)


Aquino Engelberto Zurita Guerrero
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-023-2023-TUM-J</u>	
El Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención al Usuario, quien al presentar su caso al Programa Social, el cual es gratuito y no requiere firma de abogado.					
1. PROGRAMA por X:		CONTIGO () CUNA MAS () FONCODES () JUNTOS ☒ PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA ()		2. FECHA de REGISTRO: <u>09/05/23</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		<u>Luz Elina Rodríguez Al</u>		4. Documento-DNI:	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino ()		6. Fecha-Nacimiento:	
7. Es Usuario(a)?:		SI ☒ Fecha Afiliación / / NO ()		8. Tiempo Residencia: () MESES + <u>20 años</u>	
9. Correo Electrónico:		<u>—</u>		10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:		<u>—</u>		12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:		<u>TUMBES</u>		14. Provincia:	
15. Distrito:		<u>Corrales</u>		16. CCPP/Dirección:	
				<u>Cobro de Voto</u>	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: <u>08/05/23</u>	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		<u>TUMBES</u>		19. Provincia:	
20. Distrito:		<u>Corrales</u>		21. CCPP/Dirección:	
				<u>San Isidro</u>	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUANTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA, ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
El 08/05/2023 se recibió llamada telefónica de la Señora Karina Salazar Zarate, quien hacia conocer el caso de la Señora Vivencia del Paredón, junto a Luz Elina Rodríguez Alvarado, quien ha manifestado la Satisfacción de su Obrero que comparece al TIR II marzo/Abril 2023, indicando que va a ser de la Seguridad en sus Regal ya que viene cumpliendo puntualmente y de manera oportuna el sueldo a los trabajadores del CS donde se atiende ante tal situación solicita al programa realizar una Verificación Objetiva del cumplimiento de su VCC de los meses marzo/Abril del presente año y se proceda con la devolución de su Obrero.					
23. TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS:	
25. Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros ()			
26. OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) O INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
<u>X</u> NOMBRES APELLIDOS: <u>Karina Salazar Zarate</u> DNI: <u>00218064</u> CARGO: <u>Viu/pta</u>			NOMBRES APELLIDOS: <u>Luz Elina Rodríguez Al</u> DNI: <u>60237495</u> CARGO: <u>Usuario</u>		

REPUBLICA DEL PERU REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL CUI: **60237495-1**

DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI

Primer Apellido
RODRIGUEZ

Segundo Apellido
ALVARADO

Pre Nombres
LUZ ELIAN

Nacimiento: Fecha y Ubigeo
07 01 2002 230102

Sexo F **Estado Civil** S

Fecha Inscripción
19 02 2011

Fecha Emisión
20 03 2019

Fecha Caducidad
20 03 2027

I<PER60237495<8<<<<<<<<<<<<<<<<
0201070F2703202PER<<<<<<<<<<<<8
RODRIGUEZ<<LUZ<ELIAN<<<<<<<<<<



ANEXO N°03 COPIA DE CAPTURA DE PANTALLA DE APLICATIVO “MI JUNTOS” DE SEÑORA LUZ ELIAN RODRIGUEZ ALVARADO.

MI JUNTOS [Salir](#)



Luz Elian,

En esta oportunidad usted

no recibirá abono

No abonado, su hogar no ha cumplido con sus responsabilidades en Salud o Educación.

[Más Detalles](#)

ANEXO N°04:

MI JUNTOS [Abonos](#) [Datos del Hogar](#)

Titular del Hogar: RODRIGUEZ ALVARADO LUZ ELIAN

Su clasificación SISFOH vence: 26/10/2025

Fecha de afiliación al Programa Juntos: 27/06/2022

Abonos

#	Punto de abono	Dirección de abono	Monto		Motivo No abono	Corresponsabilidades
			Mes 1	Mes 2		
1	TUMBES	Esquina Bollvar y Grau N° 201	0 *	0 *		
2	TUMBES	Esquina Bollvar y Grau N° 201	100	100		
3	TUMBES	Esquina Bollvar y Grau N° 201	200	0		

* TIM II 2023.

MI JUNTOS [Abonos](#) [Datos del Hogar](#)

Titular del Hogar: RODRIGUEZ ALVARADO LUZ ELIAN

Su clasificación SISFOH vence: 26/10/2025

Fecha de afiliación al Programa Juntos: 27/06/2022

Cumplimiento de Corresponsabilidad

#	Apellidos y Nombres	Edad en la verificación (años)	¿Cumple?		Formato	Centro de Atención/IIIE
			Mes 1	Mes 2		
1	Miembro Objetivo	2	Si cumple	Si cumple	CRED	P.S. SAN ISIDRO
2	Miembro Objetivo	0	No cumple	No cumple	CRED	P.S. SAN ISIDRO

Para mayor información, llamar a la Línea Gratuita 1880

**ANEXO 04: CONSTANCIA DE PS CERTIFICANDO LA ASISTENCIA NORMAL A SUS CONTROLES
DEL MO: ANGEL FABIO YAUCE RODRIGUEZ SEGÚN HIS- MINSA**

PERU **Ministerio de Salud** **Dirección Regional de Salud Tumbes** **Milagro Red Cortesía** **PUESTO DE SALUD SAN ISIDRO**

"AÑO DE LA UNIDAD, LA PAZ Y EL DESARROLLO"

INFORME N° 0036- 2023 GR-DIRESAT-MRC-P.S.S. I

A : PROGRAMA NACIONAL DE APOYO DIRECTO
A LOS MAS POBRES- JUNTOS

DE : CD. MILAGROS AGURTO DOMÍNGUEZ
Jefa del P.S. San Isidro.

ASUNTO : ATENCION OPORTUNA

FECHA : San Isidro, 08 de Mayo 2023

Mediante el presente saludo cordialmente y a la vez hago llegar a su despacho, la información solicitada de las atenciones brindadas a los menores de edad Yauce Rodríguez José Fabian (DNI 81938551) y Yauce Rodríguez Ángel Fabio (DNI 92912326) que fueron realizados de forma oportuna en el área de Enfermería en los meses de febrero a abril del 2023 según les corresponde al grupo de edad.

Subidos al sistema HISMINSA que maneja el MINSA, de lo cual se envía evidencia correspondiente para su verificación, dando fe de su atención según registros.

Sin otro particular, me despido de usted, no sin antes agradecer la atención brindada. Atentamente,

Atentamente,


ra. Milagros Agurto Dominguez
CIRUJANO DENTISTA
CCP N° 33317

[illegible]

YAUCE RODRIGUEZ ANGEL ATENCIONES DE FEBRERO, MARZO Y ABRIL

Registro de Hoja H13 Manual: SAPY 2301002

Año: 2023 Mes: ABRIL Nro. Lote: 12 Nro. Hoja: 13 Turno: MAÑANA Nro. registro: 2 Nro. 01

Servicio (UPS): 301203 - ENFERMERIA Profesional: DNI 00227411 - ROSARIO ELIZABETH RODRIGUEZ YAUCE

ATENCION PACIENTE ATENCION ACTIVIDAD

Datos Personales del PACIENTE

Tipo Documento: DNI 81938531

Historia Clínica: D246

Nombre(s): ANGEL RABO

Apellido Paterno: YAUCE

Apellido Materno: RODRIGUEZ

Género: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 24/05/2012

Etnia: 58 - MESTIZO

Financador: 2 - S.I.S.

Edad: 0 11

Datos de Procedencia del PACIENTE

País: PERU

Distrito Residente: 240102 - TUMBES/TUMBES/CORRALES

Domicilio Act.: SAN IGORO

Condición del PACIENTE en el Establecimiento: CONTINUADOR

Servicio: CONTINUADOR

Signos vitales del PACIENTE

Talla: 73.3 Peso: 10.1 HB: 10.0 FC: 45

Otra Condición

Condición: <Ingresar condición>

Fecha última Regla: <Ingresar Fecha>

LAB

CIEX/CPT

Agregar Diagnóstico/CPT

Código	Descripción	Tipo de Diagnóstico	Ver Lab
3 Z001	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	0	11
2 93381	ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO-CRÉD HENRIK DE 1 AÑO	0	
2 C8002	PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL	0	
4 99103.01	CONSEJERÍA NUTRICIONAL / ALIMENTACIÓN SALUDABLE	0	

Shift+1 & Shift+Q: Agregar Dr. Shift+2: Agregar Lab Shift+3: Eliminar Dr. Shift+4: Eliminar Lab Shift+5: Continuar prueba Aceptar (Shift+A) AceptarDr (Shift+X) Limpiar Datos (Shift+L) Cancelar (Shift+)

Servicio (UPS): 301203 - ENFERMERIA

YAUCE RODRIGUEZ JOSE FABIAN ATENCION DEL MES DE MARZO

Registro de Hoja H13 Manual: SAPY 2301002

Año: 2023 Mes: MARZO Nro. Lote: 09 Nro. Hoja: 6 Turno: MAÑANA Nro. registro: 3

Servicio (UPS): 301203 - ENFERMERIA Profesional: DNI 00244110 - MARIA ISABEL ATOCHE SANCION

ATENCION PACIENTE ATENCION ACTIVIDAD

Datos Personales del PACIENTE

Tipo Documento: DNI 81938531

Historia Clínica: D246

Nombre(s): JOSE FABIAN

Apellido Paterno: YAUCE

Apellido Materno: RODRIGUEZ

Género: MASCULINO

Fecha Nacimiento: 14/03/2020

Etnia: 58 - MESTIZO

Financador: 2 - S.I.S.

Edad: 3 0 10

Datos de Procedencia del PACIENTE

País: PERU

Distrito Residente: 240102 - TUMBES/TUMBES/CORRALES

Domicilio Act.: FRANCISCO BOLOGNESI

Condición del PACIENTE en el Establecimiento: CONTINUADOR

Servicio: CONTINUADOR

Signos vitales del PACIENTE

Talla: cm Peso: kg HB: g/dl FC: cm

Otra Condición

Condición: <Ingresar condición>

Fecha última Regla: <Ingresar Fecha>

LAB

CIEX/CPT

Agregar Diagnóstico/CPT

Código	Descripción	Tipo de Diagnóstico	Ver Lab
3 Z001	CONTROL DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO / CONTROL DE SALUD DE RUTINA DEL NIÑO	0	

Remover Diagnóstico/CPT