

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO**

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”**

Surquillo, 01 de setiembre de 2023

**OFICIO N° 0099-2023-CTVC/LIMA Y CALLAO**

Señor

**DONY ARTURO CALLUPE LAUREANO**

Jefe de la Unidad Territorial de Lima

Programa JUNTOS

**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 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 el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto el siguiente CASO<sup>1</sup>, que remitimos a usted para su atención:

- CASO N° 0134-2023-CTVC/LIC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,



**STALIN J. PORTAL CABANILLAS**  
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

<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 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 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

**Calle Las Palomas N 430, Urbanización Limatambo, Surquillo.**

**Teléfono: (01) 422-6900, Celular: 994432613**

**Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [limametro.rrectvcperu@gmail.com](mailto:limametro.rrectvcperu@gmail.com)**

**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Lima y Callao: 994432613

Telf. Nacional: 984056206

## CASO

**N° 0134-2023-CTVC/LIC**

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	31/08/2023
2. APELLIDOS NOMBRES:	OSCCO ABARCA LILIAN LUISA	3. NÚMERO-DNI:	23961982
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	31/08/2023
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	LIMA
9. DISTRITO:	VILLA EL SALVADOR	10. CCPP/DIRECCIÓN:	A.H. PILAR NORES MZA. A LOTE 7, AV. AMPLIACION MARIATEGUI
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	ENTREGA DEL INCENTIVO MONETARIO CONDICIONADO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	78015120-USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>			

Durante las acciones de vigilancia presencial al Proceso de Entrega del Incentivo Monetario Condicionado del Programa Juntos, se recibió comunicación de la usuaria Maribeth Lapa Santaria identificada con DNI N° 78015120 y se aplicó la ficha de atención N° **A-010-2023-LIC-J**, identificando el siguiente punto crítico:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** La usuaria manifiesta que el Aplicativo Juntos indica que no recibirá abono por Transferencia de Primera Infancia (TPI) del bimestre Julio-Agosto (**ver Anexo 01**), sin embargo, se verifica que la usuaria ha cumplido con llevar a su niña de iniciales A.V.T.L., a los controles de salud del paquete integrado en el puesto de salud Cristo Salvador; habiendo cumplido con sus citas del mes de julio y agosto (**ver Anexo 02**). Además, indica que esta situación ya pasó anteriormente en el mes de junio, siendo esta situación reiterada en la información del cumplimiento de las corresponsabilidades de la madre usuaria (**ver Anexo 03**), por lo cual la suspensión del abono adicional por TPI la considera injusta. La usuaria solicita que el Programa Juntos le informe, las razones que habrían inducido al aparente error en la verificación de sus corresponsabilidades, y así mismo, solicita que el Programa realice las gestiones necesarias para que pueda hacer efectivo el cobro del abono adicional que le corresponde. En concordancia con el **Artículo 27** del Manual de Operaciones del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", aprobado por **Resolución Ministerial N° 278-2017-MIDIS**, que establece los procesos de verificación del cumplimiento de corresponsabilidades y de acompañamiento familiar de los hogares del Programa Juntos, y la canalización de incidencias para dar atención y solución a los usuarios del programa.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de entrega del incentivo monetario condicionado que brinda a los usuarios el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", y en observancia a los lineamientos técnicos se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del caso alertado.

- Se realice las coordinaciones necesarias a fin de determinar la responsabilidad en la información que habría generado la suspensión del abono por TPI, y de ser el caso, se mejore la interoperabilidad y se proceda a incluir al hogar usuario en el Padrón Complementario.


**V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04)**

1. Copia Ficha de Vigilancia N° A-010-2023-LIC-J (03 folios)
2. Anexo fotográfico (01 folio)



**LILIAN LUISA OSCCO ABARCA**  
Responsable de Campo Lima Metropolitana y Callao  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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 pon X:	CONTIGO ( ) CUNA MÁS ( ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( )	FONCODES ( ) JUNTOS (X) QALI WARMA ( ) SISFOH ( )	2.FECHA de REGISTRO:	<u>31/08/2022</u>
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</b>				
3. Apellidos Nombres:	LAPA SANTARIA MARIBETH		4. Documento-DNI:	78015120
5. Sexo (Género):	Masculino ( ) Femenino ( X )	6. Fecha-Nacimiento:	15/02/1997	
7. Es Usuario(a)?:	SI (X) Fecha Afiliación 28/10/2022 NO ( )	8. Tiempo Residencia:	NO REFIERE	
9. Correo Electrónico:			10. Telef. Personal:	902395550
11. Institución/Cargo:	-----		12. Telf. Institucional:	
13. Departamento:	LIMA	14. Provincia:	LIMA	
15. Distrito:	VILLA EL SALVADOR	16. CCPP/Dirección:	A.H. PILAR NORES MZA. A LOTE 7 AMPLIACION MARIATEGUI	
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				17.FECHA OCURRENCIA: <u>31/08/2022</u>
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>				
18. Departamento:	LIMA	19. Provincia:	LIMA	
20. Distrito:	VILLA EL SALVADOR	21. CCPP/Dirección:	A.H. PILAR NORES MZA. A LOTE 7 AMPLIACION MARIATEGUI	
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>				
<p>22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS 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?</p> <p>LA SEÑORA MARIBETH LAPA SANTARIA CON DNI N° 7815120, USUARIA DEL PROGRAMA JUNTOS PRESENTA EL CASO DE DESACUERDO POR SUSPENSIÓN DE LA TRANSFERENCIA DEL ABONO POR PRIMERA INFANCIA (TPI) DEL BIMESTRE JULIO-AGOSTO. LA USUARIA MANIFIESTA QUE AL REVISAR EL APLICATIVO MI JUNTOS SE INDICA QUE NO RECIBIRÁ EL TPI POR INCUMPLIR CON SUS CORRESPONSABILIDADES Y QUE DEBERÍA DE LLEVAR A SU NIÑA A SUS CONTROLES DE SALUD. SIN EMBARGO, SE VERIFICA QUE LA USUARIA HA CUMPLIDO CON LLEVAR A SU NIÑA ALESSIA VALENTINA TAPE LAPA SUS CONTROLES QUE SON PARTE DEL PAQUETE INTEGRADO EN EL PUESTO DE SALUD CRISTO SALVADOR, LOS DÍAS 06 DE JULIO, 02 Y 04 DE AGOSTO COMO CONSTA EN LA TARJETA CRED Y EL REGISTRO DE MONITOREO INTEGRAL DE LA NIÑA. LA USUARIA INDICA QUE SU NIÑA NO TIENE SIS, PERO ELLA PAGA LAS ATENCIONES DE LA MENOR CADA VEZ QUE ASISTEN A LA ATENCIÓN DE SALUD, HABIENDO CUMPLIDO CON SUS CITAS DEL MES DE JULIO Y AGOSTO. ADICIONALMENTE MENCIONA QUE, ESTA SITUACIÓN SUCEDIÓ ANTERIORMENTE EN EL MES DE JUNIO, HACIENDO SU RECLAMO EN EL PUESTO DE SALUD DONDE VERIFICARON QUE SÍ HABÍA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES, VIENDO ESTA SITUACIÓN COMO UNA FALTA REITERADA EN LA INFORMACIÓN DE PARTE DEL PUESTO DE SALUD, GENERANDO EN LA USUARIA DESCONFIANZA Y MOLESTIAS, YA QUE CONSIDERA QUE LA SUSPENSIÓN DEL ABONO ADICIONAL POR TPI ES INJUSTA. LA USUARIA SOLICITA QUE EL PROGRAMA JUNTOS SE LE INFORME PORQUE ES REITERADA ESTE PROBLEMA, QUE SE VERIFIQUE EL CUMPLIMIENTO DE SUS CORRESPONSABILIDADES CON DILIGENCIA Y QUE SE PUEDA HACER EFECTIVO EL PAGO DEL ABONO ADICIONAL QUE LE CORRESPONDE.</p>				
23.TIPO d ATENCIÓN:	Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo (X) Queja ( ) Denuncia ( )			24.TOTAL FOLIOS:
25. Dctos. ADJUNTOS:	Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI (X) DJ ( ) Otros (X)			
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		
 NOMBRES APELLIDOS: <u>OSCCO ABARCA LILIAN LUISA</u> DNI: <u>23961982</u> CARGO: <u>RESPONSABLE DE CAMPO CTVC</u>		NO PUEDE FIRMAR NOMBRES APELLIDOS: <u>MARIBETH LAPA SANTARIA</u> DNI: <u>78015120</u> CARGO: <u>USUARIO</u>		

## ANEXO 01. CONSULTA DEL APLICATIVO MI JUNTOS



# Maribeth,

Por cumplir tus corresponsabilidades, tienes un abono de

**S/ 200.00 \***

Puedes cobrarlo a partir del 04/09/2023

Lugar de abono: AGENCIA - VILLA EL SALVADOR

Dirección de abono: Sector 02 Grupo 15 Manz. M Lote 06

Más Detalles

\* Tu hogar no recibe un abono adicional por Transferencia de Primera Infancia (TPI)



## ANEXO 02. TARJETA CRED CON MONITOREO INTEGRAL DE LOS MESES JULIO Y AGOSTO

**CIUDAD DEL CIUDADANO INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**

N.º HISTORIA CLÍNICA: 150204

Nombre de la Niña: *Melissa Alejandra Tanco López*  
Fecha de Nacimiento: *25.11.22*  
Nombre de la Madre: *Maribeth Lapa Santaria*  
Nombre del Padre: *Ricard Tanco Caceres*  
Dirección: *RRHH Pda. Paraiso de las Am. Mz. A. Lt. 7*  
Lugar de Atención: *Cajalé, Salvador* Teléfono: *9023955*

**CITA**

VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR

CONTROL VACUNA OTRO

**BCG (TUBERCULOSIS) (RN)** *25.11.22* **HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)** *25.11.22*

**ANTIPOLIO**  
1ª dosis (2 meses) *20/2/23* 2ª dosis (4 meses) *25/3/23* 3ª dosis (6 meses) ORAL-AP0 *6/7/23*

**PENTAVALENTE (DPT + Hib + HVB)**  
1ª dosis (2 meses) *20/2/23* 2ª dosis (4 meses) *25/3/23* 3ª dosis (6 meses) *6/7/23*

**NEUMOCOCO**  
1ª dosis (2 meses) *20/2/23* 2ª dosis (4 meses) *25/3/23* 3ª dosis (12 meses)

**ROTAVIRUS**  
1ª dosis (2 meses) *20/2/23* 2ª dosis (4 meses) *25/3/23*

**INFLUENZA**  
1ª dosis (7 meses) *6/7/23* 2ª dosis (8 meses)

1 Año 2 Años 3 Años 4 Años

**SPR (SARAMPIÓN, PAPERA, RUBÉOLA)** 1ª dosis (12 meses) 2ª dosis (18 meses)

**VARICELA** (12 meses) (24 meses)

**REFUERZOS**  
1ª Ref. DPT (18 meses) 2ª Ref. DPT (4 años)  
Ref. Antipolio (Oral 18 meses) 2ª Ref. Antipolio (Oral 4 años)

**TIAMARILICA** (15 meses)

**OTRAS VACUNAS**

