

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Lambayeque, 05 de julio de 2022

OFICIO N°0029-2022-CTVC/LAMBAYEQUE

Eris Belenko Garcia Rivas
Jefe Unidad Territorial Lambayeque
Programa Nacional JUNTOS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Dos (02) 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 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)¹:

- **CASO N° 0143-2022-CTVC/LAM**
- **CASO N° 0144-2022-CTVC/LAM**

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



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional

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 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

CCOMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N°0144-2022-CTVC/LAM
---	-------------	-----------------------------

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	02/06/2022
------------------	---------------	-----------------------	-------------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	MARCOS CARLOS CARRILLO	3. NÚMERO-DNI:	17608723
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA MOYAN - INCAHUASI	5. CARGO:	PRESIDENTE

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

7. DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	8. PROVINCIA:	FERREÑAFE
9. DISTRITO:	INCAHUASI	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MOYAN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES	12. ¿Dónde SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	44081661–USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	1

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

En fecha 02/06/2022, el Sr. MARCOS CARLOS CARRILLO, PRESIDENTE del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Centro Poblado Moyan, distrito de Incahuasi, a través de llamada telefónica comunica al ETR-CTVC el pedido de la Sra. ADELA MANAYAY LUCERO con DNI N°44081661, se registra en la ficha **A-0025-2022-LAM-J**, registrándose el siguiente punto crítico:

1. DESACUERDO CON SUSPENSION (POSIBLE SUSPENSION INJUSTA).

La Sra. Adela Manayay Lucero usuario suspendido JUNTOS, con DNI N°44081661, domiciliado en el caserío Mal Paso del Centro Poblado Moyan, manifiesta que ha verificado el padrón de abonados TIM II-2022 y ha sido suspendido "NO ABONADO-SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACION". Lo cual considera injusto dicha suspensión, debido, que ha cumplido con sus corresponsabilidades. **Ver anexos (Centro de Salud Moyan)**. Por lo que la Sra. Adela, solicita al programa JUNTOS se haga las coordinaciones con el Centro de Salud Moyan y verificar la veracidad de la documentación que dan fe de haber cumplido con la corresponsabilidad de sus niños/as.

El comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Centro Poblado Mopayan, distrito de Incahuasi, informa que el Gestor Local al parecer no realizo un acompañamiento oportuno, además de no socializar la línea gratuita 1880 Atención al Ciudadano(a) y usuario(a) JUNTOS. También el Comité Local informa la ausencia del Gestor local en el Centro Poblado Moyan, prueba de ello, hay usuarios y potenciales usuarios JUNTOS que se acerca constantemente al Comité Local de Moyan para solicitar información JUNTOS. Por lo que sugiere, al Programa JUNTOS de Lambayeque se coordine con los Gestores Locales de Incahuasi para una mejor comunicación y atención.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

- 1.- Anexos 001: **A-0025-2022-LAM-P** (01 folios)
- 2.- Anexo 002,003,004,005,006,007 Y 009: Captura imagen



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTV

ANEXO 001

0		FICHA DE ATENCION		CODIGO:0025-2022-LAM-Q	
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					
1. PROGRAMA SOCIAL:		JUNTOS (x) QALI VARMA () PENSION 65 () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO () PAIS ()		2. FECHA DE REGISTRO	
				10/06/2022/	
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos y Nombres:		MARCOS CARLOS CARRILLO		4. Documento - DNI	
				17608723	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		Nacimiento:	

7. Es Usuario(a)?:		____/____/____/ NO (X)		Residencia:	

Electrónico:		lambayeque.rctvcperu@gmail.com		10. Telef. Personal:	

Institucion/Cargo:		CLTV		Institucional:	
				942157996	
13. Departamento:		LAMBAYEQUE		14. Provincia:	
				LAMBAYEQUE	
15. Distrito:		INCAHAUSI		CCPP/Dirección:	
				INCAHAUSI	
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:				FECHA OCURENCI	
				10/06/2022/	
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:					
18. Departamento:		LAMBAYEQUE		19. Provincia:	
				FERREÑAFE	
20. Distrito:		MOYAN		CCPP/Dirección:	
				MAL PASO	
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando sea mas de 3 adjuntar lista de con: Apellido y Nombre, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES 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?					

Con fecha 10/06/2022, el Sr. MARCOS CARLOS CARRILLO, PRESIDENTE del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana CCPP Moyan, distrito de Incahuasi a través de llamada telefónica comunica al ETR-CTVC el pedido de la Sra. ADELA MANAYAY LUCERO con DNI N°44081661, se registra en la ficha A-0025-2022-LAM-J, registrándose el siguiente punto crítico:

1. DESACUERDO CON SUSPENSION (POSIBLE SUSPENSION INJUSTA). La Sra. Adela Manayay Lucero usuario suspendido JUNTOS, con DNI N°44081661, domiciliado en el Caserio Mal Paso del Centro Poblado Moyan, manifiesta que ha verificado el padrón de abonados TIM II-2022 y ha sido suspendido "NO ABONADO-SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACION". Lo cual considera injusto dicha suspensión, debido, que ha cumplido con sus corresponsabilidades. Ver anexo recabado del Centro de Salud Moyan. Por lo que la Sra. Adela, solicita al programa JUNTOS se haga las coordinaciones con el Centro de Salud Moyan para verificar la veracidad de la documentación que dan fe de haber cumplido con la corresponsabilidad de sus niños/as.

23. TIPO DE ATENCION:		Queja () Denuncia ()		24. TOTAL FOLIOS	
25. Datos ADJUNTOS:		() Copia DNI () DJ () Otros ()			
OBSERVACIONES:					
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y OUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A)		
			Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE, DNI, FIRMA Y OUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A)		
			Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL		
FIRMA			FIRMA		
NOMBRES y APELLIDOS:			NOMBRES y APELLIDOS:		
DNI: 42210505		CARGO: PRESIDENTE CLTV		DNI:	
		INCAHUASI		CARGO:	

ANEXO 002 :TIM II-2022(USUARIO NO REGISTRA ABONO)

6	LLARCA	DAVID BORDABUENA	NO ABONADO. NO HA INFORMADO SOBRE CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
7	LLARCA	VICTORIA VILABARRA ANTONIA	NO ABONADO. SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
8	MADRYDAJ	MARIVAN LUCERO ROSA	NO ABONADO. SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
9	MAZPAC	MARIVAN LUCERO ROSA	NO ABONADO. SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
0	MAYAHUACA	QUEPPE RODRIGUEZ CRISTINA	NO ABONADO. SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
1	MOYAN	CARLOS DESURDO TANCUM OLIVER	NO ABONADO. SU HOGAR NO HA CUMPLIDO CON SUS CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.
2	MAIR	LLASUENTE SESILACCO VALDIVIA	NO ABONADO. NO HA INFORMADO SOBRE CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES EN SALUD O EDUCACIÓN.

ANEXO 003

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

MI CUANTOS

Título del hogar: MARIVAN LUCERO ROSA

Se clasificó a partir de: 26/08/2022

Fecha de difusión al Programa: 04/09/2022

Cumplimiento de Corresponsabilidad

#	Apellidos y Nombres	Edad al 1º verificación (años)	¿Cumple?		Firma	Centro de Atención
			Min 1	Max 1		
1	Intervento Objetivo	4	Si cumple	Si cumple	CRP	PS. MOYAN
2	Intervento Objetivo	2	No cumple	No cumple	CRP	PS. MOYAN
3	Intervento Objetivo	12	Si cumple	Si cumple	EDUCACIÓN	ESB
4	Intervento Objetivo	7	Si cumple	Si cumple	EDUCACIÓN	ESB
5	Intervento Objetivo	16	Si cumple	Si cumple	EDUCACIÓN	TEORI MOYAN

Para mayor información, revisar la Ley N° 1082

ANEXO 004

SIS Seguro Integral de Salud

CONSULTAS EN LÍNEA

Verifique su condición de asegurado en:

SIS INDEPENDIENTE - SIS INDEPENDIENTE - SIS INDEPENDIENTE - SIS INDEPENDIENTE

PERSONA **PERSONA** **PERSONA** **PERSONA**

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres: MARIVAN LUCERO ROSA

Dirección de Domicilio: 044 4444444

DATOS DEL SEGURO

Nº de afiliación / inscripción: 3-4444444

Tipo de seguro: SEGURO INTEGRAL DE SALUD

Tipo de afiliación: TITULAR

Tipo de contrato: APLICACIÓN

Fecha de emisión / renovación: 26/08/2022

Plan de beneficios: PLAN DE BENEFICIOS COMPLEMENTARIOS

Establecimiento de salud: HOSPITAL GENERAL DE MOYAN

Ubicación de establecimiento de salud: 044 4444444

Datos de la afiliación / inscripción: 044 4444444

Estado: ACTIVO

INFORMACIÓN IMPORTANTE QUE DEBE TENER EN CUENTA

1. Si el estado de su seguro figura como ACTIVO, usted podrá recibir las prestaciones de salud que le corresponden, siempre que haya intervenido el período de espera respectivo de su seguro.

2. Si el estado de su seguro figura como INACTIVO, puede deberse a las siguientes causas:

SIS - Dependiente:

- No se encuentra al día en el pago de sus obligaciones financieras a TIMAT.

[illegible]

INFORME DEL CUMPLIMIENTO DE CONTROLES DE ENFERMERIA

Me dirijo a usted para expresar mi cordial saludo y a la vez remitir la información sobre los controles y intervenciones realizadas a los niños:

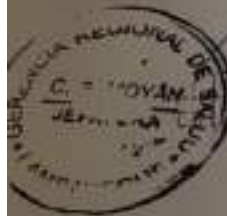
- Sánchez Manryny Adela Maribel
- Sánchez Manryny Ronald David

Cabe resaltar que, durante la etapa de pandemia, en inicios del año 2020 no se realizó ningún tipo de control a los niños. A mediados del 2021 se fueron reactivando los controles cada cierto tiempo, pero priorizando a los niños menores de 1 año, luego a los que cumplían hasta 2 años.

Recientemente en el 2022 se realizó la reactivación y/o continuidad de los controles de crecimiento y desarrollo en el primer nivel de atención, dicho documento será adjuntado más adelante.

Se expide el presente documento, a solicitud de la parte interesada, para los fines correspondientes.

Moyán, 10 de Junio del 20



.....
Cecilia Paraveño Casas
Enfermera
COP N° 47757





Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Ministerio de Salud

Título de la Ley de Organización de la Administración del Estado
"Ley del Poder Ejecutivo de la Unión"

OFICIO DHC N° 432-2022-DGIESP/MINSA

LIMA, 05 MAY 2022

Doctores
Directores Regionales
DIRESA, GERESA, DIRIS
Presente.

ASUNTO : Recomendaciones para la reactivación y/o continuidad de los Controles de Crecimiento y Desarrollo en el primer nivel de atención en el Contexto del COVID-19.

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y con el fin de iniciar las acciones de reactivación y/o dar continuidad a los controles de Crecimiento y Desarrollo - CREO, esta Dirección General a través de la Dirección de Intervenciones por Curso de Vida y Cuidado Integral - Etapa Vida Niño ha elaborado el Informe N° 020-2022-EVN-DVCI-DGIESP/MINSA, el mismo que se adjunta para su atención y cumplimiento de recomendaciones.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para manifestarle los sentimientos de mi mayor consideración.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD

Ministerio de Salud

M.C. ALBERTO M. HERNÁNDEZ RUIZ
DIRECTOR GENERAL

VER/BTC/SHQ/g20

ESQUEMA DE PERIODICIDAD DE CONTROLES DE LA NIÑA Y EL NIÑO MENOR DE CINCO AÑOS		
EDAD	CONCENTRACIÓN	PERIODICIDAD
Recién nacido	4	48 horas del alta, 7, 14 y 21 días de vida.
De 01 - 11 meses	11	1 mes, 2 meses, 3 meses, 4 meses, 5 meses, 6 meses, 7 meses, 8 meses, 9 meses, 10 meses y 11 meses
De 1 año - 1 año, 11 meses	5	1 año, 1 año 2 meses, 1 año 4 meses, 1 año 6 meses, 1 año 8 meses, 1 año 10 meses.
De 2 años - 2 años 11 meses	4	2 años, 2 años 3 meses, 2 años 6 meses, 2 años 9 meses.
De 3 años - 3 años 11 meses	4	3 años, 3 años 3 meses, 3 años 6 meses, 3 años 9 meses
De 4 años - 4 años 11 meses	4	4 años, 4 años 3 meses, 4 años 6 meses, 4 años 9 meses

- Cada profesional responsable de los controles CRED considerará las situaciones que requieran mayor acompañamiento: ganancia inadecuada de peso/talla, retraso en el desarrollo, entre otros. Para poder realizar el seguimiento adecuado.

c) En la sala de espera:

- Asegurar un distanciamiento de por lo menos 1 metro.
- Evitar elementos que puedan ser fómites de contaminación: juguetes, libro, mobiliario innecesarios.
- Educar a los padres, madres o cuidadores para mantener las medidas bioseguridad vigente.

De los Controles de CRED

- Incrementar la motivación de los padres de familia para la continuidad de los controles CRED de sus menores hijos.

ANEXO 009

