

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

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Surquillo, 15 de setiembre de 2022

OFICIO N° 0116-2022-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)

DONY ARTURO CALLUPE LAUREANO

Jefe de la Unidad Territorial de Lima

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 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° 0196-2022-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

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Lima y Callao: 994432613

Telf. Nacional: 984056206

CASO

N°0196-2022-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	22/08/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	DE LA CRUZ REYES VERONICA	3. NÚMERO-DNI:	10068785
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA LIDERESAS DE PUENTE PIEDRA	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	22/08/2022
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	LIMA
9. DISTRITO:	PUENTE PIEDRA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	ASOCIACIÓN DE VIVIENDAS BRISAS DEL NORTE MZ. D LOTE 12
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	45940937-USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el Marco de las acciones de vigilancia a los procesos del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres-Juntos, la presidenta del CLTVLC Lideresas de Puente Piedra, Sra. Verónica de la Cruz Reyes visitó el domicilio de la usuaria Sra. Nilda Caballero Pfuro, con DNI 45940937, y aplicó la ficha de atención A-023-2022-LIC, identificándose el siguiente punto crítico:

- 1. DESACUERDO CON SUSPENSION (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** Usuaria manifestó no haber recibido el abono correspondiente al tercer bimestre del 2022, por incumplimiento de corresponsabilidades, como consta en las imágenes adjuntas. Indicó que intentó cumplir con la corresponsabilidad en salud, pero el establecimiento no tenía citas, por lo que considera injusta su suspensión, pues esta situación no depende de ella. Usuaria adjunta imágenes de la tarjeta de control CRED y mencionó que el personal del programa tiene conocimiento de las dificultades que existen para obtener citas en el establecimiento de salud. Por último, indica que la veedora del CLTVLC, quien también es promotora de salud encargada del seguimiento de anemia, le hace seguimiento a su menor hija desde que cumplió 4 meses de edad, y es quien verifica que la usuaria cumpla con el diagnóstico oportuno y tratamiento correspondiente, se adjunta la relación de seguimiento de la promotora. **(Ver anexo fotográfico 1,2,3 y 4).**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso Afiliación de Usuarios y en observancia a los lineamientos técnicos del Programa Juntos, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad y se informe las acciones implementadas destinadas a la solución del hecho alertado.
- Brindar información clara y oportuna a los usuarios sobre las corresponsabilidades a fin de tomar las precauciones del caso.
- Mayor comunicación y coordinación con las áreas encargadas de salud que permitan la atención oportuna de los usuarios, a fin de evitar suspensiones reiterativas que escapen de su responsabilidad

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

- Copia Ficha de Atención A-023 -2022-LIC-J (1 folios)
- Anexos fotográficos (3 folios)


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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-023-2022-LIC-J</u>	
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 () FONCODES () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () JUNTOS (X)		2.FECHA de REGISTRO: 22/08/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		CABALLERO PFURO NILDA		4. Documento-DNI: 45940937	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 31/12/1983	
7. Es Usuario(a)?:		SI (X) Fecha Afiliación 29/10/2021 NO ()		8. Tiempo Residencia: () NO REFIERE	
9. Correo Electrónico:				10. Telef. Personal: 941601058	
11. Institución/Cargo:		USUARIA PROGRAMA JUNTOS		12. Telf. Institucional: -----	
13. Departamento:		LIMA		14. Provincia: LIMA	
15. Distrito:		PUENTE PIEDRA		16. CCPP/Dirección: ASOCIACIÓN DE VIVIENDAS BRISAS DEL NORTE MZ. D LOTE 12	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURRENCIA: 22/08/2022	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LIMA		19. Provincia: LIMA	
20. Distrito:		PUENTE PIEDRA		21. CCPP/Dirección: ASOCIACIÓN DE VIVIENDAS BRISAS DEL NORTE MZ. D LOTE 12	
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 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.					
La Sra. Verónica de la Cruz del CL Lideresas de Puente Piedra visitó a la Sra. Nilda Caballero Pfuro con DNI 45940937, quien vive en la Asociación de viviendas Brisas del norte MZ. D lote 12, con número de celular 941601058; quien refirió que fue afiliada en la intervención temporal (29/10/2021), y cobró el abono de afiliación, sin embargo a la consulta del aplicativo MI JUNTOS se encontró con la información que no recibirá el abono del periodo por incumplimiento de corresponsabilidades; la Sra. Aseguró ser usuaria de la atención temporal, se le explicó que pertenece al Programa JUNTOS; dijo que ha intentado en dos oportunidades obtener cita para su niña sin respuesta del personal de la posta y que no sabe a qué instancia recurrir para que le den cita para su control CRED y descarte de anemia, manifestó que cuando acude sin cita no la atienden, buscó atención en el hospital y por lo que considera que cumplió, refirió estar al día en los controles y vacunas, asimismo pide reconsideren volver a incluirla para recibir el abono del programa JUNTOS debido a que ella tiene tres menores niños y uno de ellos con discapacidad severa que no recibe hasta la fecha ningún otro beneficio.					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta () Sugerencia () Pedido (X) Reclamo () Queja () Denuncia ()			24.TOTAL FOLIOS: 01
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () 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) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
No puede firmar NOMBRES APELLIDOS: VERÓNICA DE LA CRUZ REYES DNI: 10068785 CARGO: Presidenta CL Lideresas			No puede firmar NOMBRES APELLIDOS: NILDA CABALLERO PFURO DNI: 45940937 CARGO: Usuaria del Programa Juntos		

ANEXO FOTOGRÁFICO 1

CAPTURA DE PANTALLA DE APLICATIVO MI JUNTOS



ANEXO FOTOGRAFICO 2

TARJETA DE CONTROL CRED CON LA ESPECIFICACIÓN DE FECHAS DE VACUNACIÓN

1470

Perú Ministerio de Salud Instituto de Estudios de Servicios de Salud

CARRET DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA

Nº HC: 713792 N° Carpeta FAM

Cod. de Afiliación:

Fecha de Nacimiento: 4/10/21 CUI/DNI: 97368485

Nombres y Apellidos: CASTILLO CAMACHO

De la Niña: JESSICA LEYDI

De la Madre: CAMACHO PEDRO NILDA DNI: 45940937

Del Padre: CASTILLO BARRAZ HURDO DNI:

Dirección: BARRAZ DEL NORTE P.P.

E-mail: Teléfono: 941601058

Establecimiento:

Programa de Apoyo Social:

VACUNACIÓN (Anotar Fechas):

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido) 05/10/21

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido) 05/10/21

Antipolio: (OPV ó IPV*) *Condición Especial

Fechas de las próximas dosis: / / /

1ra (2 meses) 09-02-22 2da (4 meses) 09 ABR 2022 3ra (6 meses) 14 JUN 2022

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)

Fechas de las próximas dosis: / / /

1ra (2 meses) 09-02-22 2da (4 meses) 09 ABR 2022 3ra (6 meses) 14 JUN 2022

Neumococo: menor de 1 año 1 año

Fechas de las próximas dosis: / / /

1ra (3 meses) 09-02-22 2da (5 meses) 09 ABR 2022 3ra (12 meses) 4/10/22

Rotavirus:

Fechas de las próximas dosis: / /

1ra (2 meses) 2da (4 meses)

Influenza: 1er Año

Fechas de las próximas dosis: / /

1ra (7 meses) 14 JUN 2022 2da (18 meses) 14 JUL 2022

Sarampión, Rubeola y Paperas (SPR): 12 Meses 4/10/22

Antiamarílica 15 Meses

1er. Refuerzo DPT + Hib (18 meses ó 6 meses después de la 3era Pentavalente)

2do. Refuerzo DPT (4 años) refuerzo SPR (4años)

16 gotas de procteturul c/6 xed.

ANEXO FOTOGRAFICO 3: CAPTURA PANTALLA DE FICHA RENIEC DE LA MADRE USUARIA

RENIEC REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL
SERVICIO DE CONSULTAS EN LÍNEA

Informe de la Consulta

CUI: 45940937 - 3
 Apellido Paterno: CABALLERO
 Apellido Materno: PFURO
 Nombres: NILDA
 Sexo: FEMENINO
 Fecha de Nacimiento: 31/12/1983
 Departamento de Nacimiento: MADRE DE DIOS
 Provincia de Nacimiento: TAMBOPATA
 Distrito de Nacimiento: INAMBARI
 Grado de Instrucción: SECUNDARIA COMPLETA
 Estado Civil: SOLTERO
 Estatura: 1.65MT.
 Fecha de Inscripción: 25/09/2007
 Nombre del Padre: ARISTIDES
 Nombre de la Madre: DAMIANA
 Fecha de Emisión: 13/05/2022
 Restricción: NINGUNA
 Departamento de Domicilio: LIMA
 Provincia de Domicilio: LIMA
 Distrito de Domicilio: PUENTE PIEDRA
 Dirección: ASOC. VIV. BRISAS DEL NORTE MZ. D.LT. 12
 Fecha de Caducidad: 28/09/2029
 Fecha de Fallecimiento:
 Glosa Informativa:
 Observación:

Foto del Ciudadano

Firma del Ciudadano

Huella Izquierda

Huella Derecha

ANEXO FOTOGRÁFICO 04: VISITAS DE SEGUIMIENTO DE PROMOTORA DE SALUD PARA VIGILANCIA DE CONSUMO DE MICRONUTRIENTE Y DOSAJE DE HEMOGLOBINA

FICHA PARA LA VISITA DOMICILIARIA POR ACTOR SOCIAL A NIÑOS Y NIÑAS DE 6 A 12 MESES

DIRECCIÓN DE LA VISITA
 Nombre: NILDA CABALLERO
 Apellido: PFURO
 Celular: 9841601058
 Dirección actual: BRISAS DEL NORTE MZ. D.LT. 12
 Dirección alterna:
 Establecimiento de Salud: C.H. J. SANCHEZ

DIRECCIÓN DE LA VISITA
 DIRECCIÓN DE LA VISITA: LIMA - NORTE

ACTOR SOCIAL - PROMOTOR DE SALUD: AGENTE COMUNITARIO
 Nombre: UGUELA
 Apellido: UGUELA
 Celular: 9841601058
 Fecha de inscripción de la ficha: 27-05-22
 Fecha de recepción de la ficha: 27-05-22
 Fecha de control de hemoglobina (Hb): 27-05-22
 Fecha de control de hemoglobina (Hb): 27-05-22

N° visita (A)	Fecha (B)	Edad del niño (C)	Control del consumo Gotas / Jarabe / Micronutrientes (D)	¿El actor social indagó/observó sobre el consumo adecuado de gotas o jarabe? (E)	¿Por qué no se está dando las gotas o jarabe de hierro? (F)	Referencias prácticas (G)	Compromisos y firmas de la madre, padre o cuidador de la niña o niño (H)
1	06/06/22	10 meses cumplidos	☒ Gotas ☐ Jarabe ☐ Micronutrientes ☐ Ninguno ¿Me puedes mostrar el en vase / frasco? SI ☒ NO ☐ Indique a la madre que en la siguiente VO se administrará las gotas en su presencia.	☒ Consumo en el mismo horario ☐ Consumo 1 ó 2 hora después de las comidas ☐ Consumo junto con jugos cítricos o agua hervida ☐ Suspender el consumo cuando toma medicamentos ☐ Verifica el consumo ☐ El frasco está almacenado en un lugar adecuado ☐ Administra la dosis correspondiente ☐ El frasco está abierto / no está lleno ☐ Otros: ALMACENADO	☐ Se enferme ☐ Sus deposiciones están más oscuras (negras) ☐ No me explicaron bien, no recuerdo ☐ Está enfermo ☐ La vomita ☐ Se le ha soltado el estómago ☐ Se me acabó ☐ Otros:	☒ Anemia, prevención y tratamiento ☐ Lactancia Materna ☐ Alimentación complementaria ☐ Lavado de manos ☐ Cumplimiento con las vacunas ☐ Control de crecimiento y desarrollo - CREO ☐ Apego seguro ☐ Coronavirus	He visto y recibí orientación para mi niño/a. Firmado: [Firma] Fecha: 06/06/22
2	13/06/22	10 meses cumplidos	☐ Gotas ☐ Jarabe ☒ Micronutrientes ☐ Ninguno ¿Me puedes mostrar el en vase / frasco? SI ☒ NO ☐ Indique a la madre que en la siguiente VO se administrará las gotas en su presencia.	☒ Consumo en el mismo horario ☐ Consumo 1 ó 2 hora después de las comidas ☐ Consumo junto con jugos cítricos o agua hervida ☐ Suspender el consumo cuando toma medicamentos ☐ Verifica el consumo ☐ El frasco está almacenado en un lugar adecuado ☐ Administra la dosis correspondiente ☐ El frasco está abierto / no está lleno ☐ Otros: ALMACENADO	☐ Se enferme ☐ Sus deposiciones están más oscuras (negras) ☐ No me explicaron bien, no recuerdo ☐ Está enfermo ☐ La vomita ☐ Se le ha soltado el estómago ☐ Se me acabó ☐ Otros:	☐ Anemia, prevención y tratamiento ☐ Lactancia Materna ☐ Alimentación complementaria ☐ Lavado de manos ☐ Cumplimiento con las vacunas ☐ Control de crecimiento y desarrollo - CREO ☐ Apego seguro ☐ Coronavirus	He visto y recibí orientación para mi niño/a. Firmado: [Firma] Fecha: 13/06/22
3	21/06/22	10 meses cumplidos	☐ Gotas ☐ Jarabe ☒ Micronutrientes ☐ Ninguno ¿Me puedes mostrar el en vase / frasco? SI ☒ NO ☐ Indique a la madre que en la siguiente VO se administrará las gotas en su presencia.	☒ Consumo en el mismo horario ☐ Consumo 1 ó 2 hora después de las comidas ☐ Consumo junto con jugos cítricos o agua hervida ☐ Suspender el consumo cuando toma medicamentos ☐ Verifica el consumo ☐ El frasco está almacenado en un lugar adecuado ☐ Administra la dosis correspondiente ☐ El frasco está abierto / no está lleno ☐ Otros: ALMACENADO	☐ Se enferme ☐ Sus deposiciones están más oscuras (negras) ☐ No me explicaron bien, no recuerdo ☐ Está enfermo ☐ La vomita ☐ Se le ha soltado el estómago ☐ Se me acabó ☐ Otros:	☐ Anemia, prevención y tratamiento ☐ Lactancia Materna ☐ Alimentación complementaria ☐ Lavado de manos ☐ Cumplimiento con las vacunas ☐ Control de crecimiento y desarrollo - CREO ☐ Apego seguro ☐ Coronavirus	He visto y recibí orientación para mi niño/a. Firmado: [Firma] Fecha: 21/06/22

Observaciones
 1. Niño(a) No Encontrado:
 2. Referencia:
 3. Otros:

Nota: Recuerde siempre reforzar los mensajes sobre anemia y luego marcar el tema desarrollado con la madre o cuidadora del niño o niña en cada visita.

Nota: Recuerde generar compromisos de manera con la madre o cuidadora del niño o niña en cada visita, y hacer seguimiento en la siguiente visita.