

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Yurimaguas, 30 de julio de 2021

OFICIO N°019-2021-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS

Señor (a)

CHRISTIAN FERNANDEZ RENGIFO

Jefe de la Unidad Territorial – Loreto-Yurimaguas

Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (03) 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° 039-2021-CTVC/YUR
- CASO N° 040-2021-CTVC/YUR
- CASO N° 041-2021-CTVC/YUR

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



MILLER GONZALES SALDAÑA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
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

Calle COMERCIO 738, Barrio. La Loma – Yurimaguas

Celular: 942161470

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / loreto.2rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. YURIMAGUAS: 942161470
Telf. LIMA: 951864589

CASO

N°040-2021-CTVC/YUR

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	27/07/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SILVA GRANDEZ SIMI DOLIVETH	3. NÚMERO-DNI:	48530522
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPATRENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	27/07/2021
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
9. DISTRITO:	TTE. CESAR LOPEZ ROJAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SHUCUSHYACU
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	Hogar de Usuaría.
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 puntos críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

La Sra. Martha Luz Garate Guerra, identificada con DNI N° 44040127 con domicilio en la comunidad de Shucushyacu, distrito de teniente Cesar López Rojas, provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto, como usuaria del programa Juntos (Desarrollo Infantil Temprano), se recoge la manifestación en la Ficha de Atención N° A-005-2021-J.

1. DESACUERDO CON SUSPENSION (POSIBLE SUSPENSION INJUSTA).

La señora Martha Luz Garate Guerra, manifiesta estar en total desacuerdo con el motivo o causa de suspensión del programa Juntos (DIT) y por consiguiente el no abono de su incentivo monetario condicionado correspondiente al bimestre I – 2021, toda vez que la mencionada usuaria cumplió con su corresponsabilidad que le indicaron vía telefónica al momento de su afiliación, cabe indicar que la usuaria cumplió con llevar al establecimiento de salud a su niño para que le administren las vacunas de acuerdo a su edad y le entreguen los micronutrientes (sulfato ferroso), tal como se puede evidenciar en el carné de atención integral de salud del niño, en cumplimiento del ANEXO 2 Matriz de reglas para VCC – DIT cumplió con las 3 dosis de la vacuna para neumococo y 2 dosis de la vacuna rotavirus, además de la ingesta de los micronutrientes (ver anexo 03).

R.D.E N° 000039-2021-MIDIS/PNADP-DE que aprueba el Procedimiento “Ejecución de la Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades en el Marco del DIT”

7.3. El proceso de Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades (VCC) consiste en la comprobación del uso de los servicios de salud priorizados en la intervención temporal por parte de los miembros objetivo, en el marco de las normas técnicas de Salud¹, orientadas a asegurar la salud y nutrición preventiva infantil, lo cual se delimita en el **Anexo 2 - Matriz de reglas para la VCC – DIT**; a partir de lo cual, **el Programa JUNTOS entrega a los hogares un incentivo monetario.**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el Marco de los lineamientos técnicos del Procedimiento “Ejecución de la Verificación de Cumplimiento de Corresponsabilidades en el Marco del DIT” aprobado con la **R.D.E N° 000039-2021-MIDIS/PNADP-DE** y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en este sentido se recomienda:

- Garantizar el Servicio del programa Juntos y dar cumplimiento al **DECRETO DE URGENCIA N° 095 -2020** “Decreto de Urgencia que Aprueba Intervenciones Temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para el año 2020 frente a la Pandemia del COVID-19”, que en el Art 06: Apoyo Temporal para el fortalecimiento del Desarrollo Infantil

- Se solicita al programa JUNTOS pueda informar sobre lo acontecido en el plazo establecido, además de la implementación de las medidas preventivas, pertinentes, dirigidas a mitigar, superar o dar solución a los riesgos comentados en la presente alerta.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 07 folios)

1. Ficha de Atención N° A-005-2021- YUR- J. (01 folios).
2. Vistas fotográficas del aplicativo mi JUNTOS (01 folios)
3. Carné de atención integral de salud de la niña (02 folios)
4. El Anexo 2 - Matriz de reglas para la VCC – DIT (01 folio).
5. DNI del niño (01 folio).
6. DNI de mamá del niño (01 folio)




MILLER GONZALES SALDAÑA
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>A-005-2021-YUR-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 () JUNTOS (X) PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () SISFOH ()		2.FECHA de REGISTRO: <u>27 / 07 / 2021 /</u>	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:		GARATE GUERRA MARTHA LUZ		4. Documento-DNI: 44040127	
5. Sexo (Género):		Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento: 14/01/1987	
7. Es Usuario(a)?:		SI (X) Fecha Afiliación <u>24/10/2020 /</u> NO ()		8. Tiempo Residencia: () MESES	
9. Correo Electrónico:		-----		10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telf. Institucional: -----	
13. Departamento:		LORETO		14. Provincia: ALTO AMAZONAS	
15. Distrito:		TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS		16. CCPP/Dirección: SHUCUSHYACU	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURENCIA: <u>27 / 07 / 2021 /</u>	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:		LORETO		19. Provincia: ALTO AMAZONAS	
20. Distrito:		TENIENTE CESAR LOPEZ ROJAS		21. CCPP/Dirección: SHUCUSHYACU	
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. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
La Sra. Martha Luz Garate Guerra, identificada con DNI N° 44040127 con domicilio en la comunidad de Shucushyacu, distrito de teniente Cesar López Rojas, provincia de Alto Amazonas, departamento de Loreto, como usuaria del programa Juntos (Desarrollo Infantil Temprano), manifiesta lo siguiente: Estar en desacuerdo con el motivo porque el programa Juntos (Desarrollo Infantil Temprano) no cumplió en abonar su incentivo monetario correspondiente al bimestre I – 2021, toda vez que cumplió con su corresponsabilidad de salud, cabe indicar que llevó a su niño al establecimiento de salud para que le administren las vacunas de acuerdo a su edad y le entreguen su complemento nutricional (sulfato ferroso).					
23.TIPO d ATENCIÓN:				24.TOTAL FOLIOS:	
Consultar () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()					
25.Dctos. ADJUNTOS:				26.OBSERVACIONES:	
Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros ()					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
----- NOMBRES APELLIDOS: <u>SIMI DOLIVETH SILVA GRANDEZ</u> DNI: <u>48530522</u> CARGO: <u>VOCAL DEL CL DE SHUCUSHYACU.</u>			----- NOMBRES APELLIDOS: <u>MARTHA LUZ GARATE GUERRA</u> DNI: <u>44040127</u> CARGO: <u>USUARIA</u>		

ANEXO 02: Vistas fotográficas del aplicativo mi JUNTOS.



ANEXO 03: Carné de atención integral de salud del niño

INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

N° HC: N° Carpeta FAM

Cod. de Afiliación:

Fecha de Nacimiento: 31-10-18 CUI/DNI:

Nombres y Apellidos: Charlo Garate

- Del Niño:

- De la Madre: Martha Luz Garate DNI: 44040127

- Del Padre: Edwin Charlo DNI:

Dirección: Shucshuyacu

E-mail: Teléfono:

Establecimiento: Hospital Santa Gema de Yurimaguas

Programa de Apoyo Social:

VACUNACIÓN (Anotar fechas):

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido) 31-10-18

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido) 31-10-18

IPV Antipolio:

Fechas de las próximas dosis:

1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
07-01-19	01-03-19	18-05-19

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)

Fechas de las próximas dosis:

1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (6 meses)
07-01-19	01-03-19	18-05-19

Neumococo menor de 1 año 1 año

Fechas de las próximas dosis:

1ra (2 meses)	2da (4 meses)	3ra (12 meses)
07-01-19	01-03-19	21/01/20

Rotavirus:

Fechas de las próximas dosis:

1ra (2 meses)	2da (4 meses)
07-01-19	01-03-19

Influenza de 7 a 23 meses:

Fechas de las próximas dosis:

1ra (Dosis 6 meses)	2da (Dosis 8 meses)
18-05-19	08/07/19

1ra Dosis Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR) **Antiamarilica:**

12 Meses: 21/01/20 15 Meses: 01-02-20

1er. Refuerzo DPT (18 meses) **2da. Dosis SPR (18 meses)** **1er. Refuerzo APO (18 meses)**

23-07-20 23-07-20 23-07-20

2do. Refuerzo DPT (4 años) **2do. Refuerzo APO (4 años)**

LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA

Influenza 13/1/21

CONTROL DE ATENCIÓN DEL NIÑO

Fecha	Esa masa	Peso	Garancia peso		Talla	Garancia de talla		Cita
			gr.	Condición		cm.	Condición	
29-11-18	(1)	4.080		○	53.5		○	
07-01-19	(2)	5.080		○	56.4		○	
06-02-19	(3)	5.710	630	○	61.1		○	
01/3/19	(4)	6.310		○	65.1	46	○	
6/4/19	(5)	6.650		○	66.8		○	
18/05/19	(6)	6.880	230	●	68.6	2.1	●	
8/7/19	(7)	7.350	470	●	70.7	2.1	●	
02/10/19	(8)	8.080	730	○	74.6	3.9	○	
	9			○			○	
	10			○			○	
	11			○			○	
21/01/20	(12)	9.170		○	77.7		○	
	14			○			○	
23/7/20	(16)	10.460		○	83.1		○	
	18			○			○	
	20			○			○	
6/10/20	(22)	10.580		○	85.3		○	
13.01.21	24	11		○	88.4		○	
29.1.21	(27)	11.700		○	88.9		○	
05-5-21	(30)	12.300		○	89.7		○	
	33			○			○	
	36			○			○	
	39			○			○	
	42			○			○	
	45			○			○	
	48			○			○	
	51			○			○	
	54			○			○	
	57			○			○	
	60			○			○	

Ganancia adecuada

18-05-17 Hb. 11.19/dl
21/01/20 Hb. 11.45/dl

Ganancia inadecuada

Hb: 12.3 g/dL

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

[illegible]

ANEXO 04: El Anexo 2 - Matriz de reglas para la VCC – DIT

 	Procedimiento para la ejecución de la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades en el marco del DIT		
	Código:	PNADP-UCC-VCC-P-004	
	Versión: 02	Página:	11 de 13

Anexo 2: Matriz de reglas para la VCC – DIT

Esquema	Servicio	Tipo	Criterio	Hito 1	Hito 2	Hito 3
Regular	V. Rotavirus	Completo	2 dosis	Mes 2	Mes 4	---
	V. Neumococo	Completo	3 dosis	Mes 2	Mes 4	Mes 12
Irregular	V. Rotavirus	Completo	2 dosis	Mes 3	Mes 5	---
				Mes 4	Mes 6	---
				Mes 5	Mes 7	---
		Mínimo	1 dosis	---	Mes 6 o 7	---
	V. Neumococo	Completo	3 dosis	Mes 3	Mes 5	Mes 12
				Mes [4, ..., 8]	Mes [6, ..., 10]	Mes 12
				Mes [9, 10, 11]	Mes [11, 12, 13]	Mes [13, 14, 15]
		Mínimo	2 dosis	Mes 12	Mes 14	---
				Mes [13, ..., 33]	Mes [15, ..., 35]	---
				Mes 34	Mes 36	---
Ambos	Suplementación de Hierro	Un servicio recibido en el último trimestre, con referencia al bimestre verificado. Ejem: Sí, verifico el bimestre Nov-Dic, debe recibir un servicio en Oct o Nov o Dic.				

Toda copia de este documento que se encuentre fuera del entorno del Portal Web JUNTOS PODEMOS es una COPIA NO CONTROLADA.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado por Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026- 2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: <https://sgd.juntos.gob.pe/verifica/inicio.do> e ingresando el siguiente código de verificación: **XOXLOCL**



ANEXO 05: DNI del niño.



ANEXO 06: DNI de mamá del niño.

