

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Cajamarca, 13 de Abril de 2021.

OFICIO N° 054-2021-CTVC/CAJAMARCA

Señor (a):

MATILDE MARGARITA RODRÍGUEZ PAJARES

Jefa de la Unidad Territorial Cajamarca

Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS"

Presente.-

Asunto: Se ALERTAN tres (03) 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° 115-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 116-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 117-2021-CTVC/CAJ

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.



Liliana Maritza Hernández Villanueva
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

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio
Teléfono: (01)4226900 – Celular: 942155526

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cajamarca.rctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA : 942160511		CASO		N° 117-2021-CTVC/CAJ	
PROGRAMA SOCIAL: JUNTOS			1. FECHA DE REGISTRO: 09/04/2021		
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES: CHOLÁN ROJAS WILFREDO		3. NÚMERO-DNI: 70679311			
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE CAJAMARCA		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO			
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 07/04/2021	
7. DEPARTAMENTO: CAJAMARCA		8. PROVINCIA: CAJAMARCA			
9. DISTRITO: CAJAMARCA		10. CCPP/DIRECCIÓN: Psje. Las Gardenias N° 223			
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?: LLAMADA TELEFÓNICA			
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01			
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El día 09/04/2021 el Equipo Técnico del Comité de la Sede Regional Cajamarca, registró la ficha de atención A-084-2021-CAJ-J correspondiente a la llamada telefónica de la Sra. Delia Navarro Requejo, con DNI N° 45172552, usuaria de la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos, reportando lo siguiente:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA)** La Sra. Delia Navarro Requejo fue afiliada a la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos. La usuaria manifiesta que, al acudir al Banco a cobrar su abono, le indicaron que no había ningún dinero a su cuenta. Al ingresar al aplicativo MI JUNTOS, para conocer su fecha de pago, este le indicó que no recibiría abono por no haber cumplido con la corresponsabilidad en salud, según información recibida por el MINSA. Sin embargo, la usuaria indica que en los meses de noviembre y diciembre acudió al Centro de Salud para sus controles y colocar a su menor hijo las vacunas correspondientes a su edad. Por tanto, tiene sus vacunas completas de acuerdo a su tarjeta de vacunación.

La usuaria manifiesta que su hijo se encuentra con todas las vacunas y controles correspondientes, y que posiblemente haya un error en el sistema que registra el control de vacunas. Por tal razón manifiesta su desacuerdo con la suspensión, por lo que solicita que se le abone el incentivo al bimestre correspondiente.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:
<ul style="list-style-type: none"> - El Programa Juntos en coordinación con MINSA deben realizar la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades en el marco del DIT de los hogares afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N.° 095-2020 que aprueba las intervenciones temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social – MIDIS, para hacer frente a la pandemia del COVID-19. Así como garantizar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 7.3 Disposiciones Generales, RDE N° 000024-2021-MIDIS/PNADP-DE, y se actualice la información de la VCC del hogar en el marco del DIT. - Recomendamos al Programa Juntos realice las indagaciones respectivas del punto crítico y se resuelva en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

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

- 1.- Ficha de Atención A-084-2021-CAJ-J (01 folio).
- 2.- DNI de la usuaria (1 folio)
- 4.- Captura de pantalla MI JUNTOS (01 folio)
- 5.- Tarjeta de control y vacunación (2 folios)



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Wilfredo Cholán Rojas".

.....
Wilfredo Cholán Rojas
Responsable de Campo



PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Juntos

MI JUNTOS

Ingrese DNI y fecha de nacimiento del titular del hogar

Delia,



Lamentablemente usted

no recibirá abono

Sin abono. No ha cumplido sus corresponsabilidades según información recibida del MINSA.

Para mayor información llamar a la Línea Gratuita 1880

SALIR **DETALLES**

ANEXO N° 04: Tarjeta de control y vacunación

MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA

EPH: Estación de Fiebre Asumada
ATA: Estación de Fiebre Asumada

LEYENDA
 No le corresponde
 Le corresponde

VITAMINA A
 100 000 UI < 1 año
 200 000 UI = 1 año

Buena **Mala**

Fecha	Edad	Peso (kg)	Talla (cm)	Tem. C	Tem. F	Pres. Arterial	Frec. Cardíaca	Frec. Respiratoria	Saturación de O ₂	Signos de alarma	Resp.
21.4.19	14m	6.550	76.5								
18.6.19	15m	7.100	77.2								
17.3.19	16m	5.800	75.7								
3.8.19	16m	6.300	75.4								
10.11.19	17m	7.400	76.5								
11.11.19	17m	5.900	75.2								
2.1.20	18m	6.600	75.5								
11.2.20	18m	6.200	75.4								
24.6.20	21m	8.500	77.3								
1.7.20	21m	8.150	77.2								
10.7.20	21m	10.200	77.0								
16.8.20	21m	10.800	77.4								
1.9.20	21m	10.800	75.2								
1.10.20	21m	10.800	75.4								
11.10.20	21m	9.600	76.0								
11.11.20	21m	10.100	76.1								

ESQUEMA DEL DESARROLLO DE LA NIÑA DE 1 A 30 MESES DE EDAD EVALUACIÓN DE LAS 12 HABILIDADES DEL COMPORTAMIENTO

EDAD	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L
1 MES												
2 MESES												
3 MESES												
4 MESES												
5 MESES												
6 MESES												
7 MESES												
8 MESES												
9 MESES												
10 MESES												
11 MESES												
12 MESES												
15 MESES												
18 MESES												
21 MESES												
24 MESES												
30 MESES												

CARTE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

W. DEPARTAMENTO

Nombre de la Niña: Navarro Navarro Helen Brizola

Fecha de Nacimiento: 11.04.19 **DNI:** 91273326

Nombre de la Madre: Deiva Navarro **DNI:** 4512552

Nombre del Padre: Osvaldo N. **DNI:** 2727923

Dirección: E. Tarma

Lugar de Atención: C. Los Sauces

CITA
 CONTROL: 11.11.20
 VACINA: 11.11.20
 OMO: 11.11.20

BOG (TUBERCULOSIS) (BOG)
11.4.19

HEPATITIS (HEPATITIS) (HPO)
11.4.19

ANTROPO
 Fecha (mes/año): 11.6.19 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

PENTAVALENTE (DPT + Hib + HibV)
 Fecha (mes/año): 11.6.19 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

NEUMOCOCCO
 Fecha (mes/año): 11.6.19 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

ROTAVIRUS
 Fecha (mes/año): 11.6.19 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

INFLUENZA
 Fecha (mes/año): 11.6.19 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

SPR (SARAMPIÓN, PÓPORA, RUBÉOLA)
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

ANTIAMARILICA
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

REFUERZOS
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

VARICELA
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

OTRAS VACUNAS
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

DESCARTE DE PARÁSITOS
 Fecha (mes/año): 27-5-20 Talla (cm): 73.19 Peso (kg): 11.6

