

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, 12 de Mayo de 2021.

OFICIO N° 071-2021-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 cuatro (04) 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° 129-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 130-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 131-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 132-2021-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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA : 942160511	CASO	N° 131-2021-CTVC/CAJ
---	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	10/05/2021
-------------------------	---------------	------------------------------	-------------------

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES:	JARA ROJAS ANCELMO	3. NÚMERO-DNI:	47917503
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:	10/05/2021		
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	SAN MARCOS
9. DISTRITO:	PEDRO GALVEZ	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SAPARCON BAJO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01

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

El día 10/05/2021 el Equipo Técnico del Comité de la Sede Regional Cajamarca, registró la ficha de atención A-097-2021-CAJ-J correspondiente a la llamada telefónica de la Sra. María Ermila Dávila Jara, identificada con DNI 43570962, usuaria de la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos. Reportando lo siguiente:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** La Sra. María Ermila Dávila Jara fue afiliada a la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos el 04/12/2020. Manifiesta haber ingresado al aplicativo de MIJUNTOS, para conocer su fecha de pago. Sin embargo, este le indicó que no recibiría abono por no haber cumplido con la corresponsabilidad en salud según información recibida por el MINSA.

La usuaria manifiesta que ha cumplido en llevar a su hijo de 1 año y 1 mes a los controles realizados en el puesto de salud de San Marcos durante el bimestre enero-febrero, además cuando realizó la consulta en el puesto de salud le indicaron que la información había sido ingresada en el sistema del MINSA, por lo 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:

- 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.º 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: 05 folios)

- 1.- Ficha de Atención A-097-2021-CAJ-J (01 folio).
- 2.- Captura de pantalla MIJUNTOS (01 folio)
- 3.- DNI de la usuaria (1 folio)
- 4.- Tarjeta de vacunación (1 folio)



Ancelmo Jara Rojas
Responsable de Campo

Maria Ermila,



Lamentablemente usted

no recibirá abono


De la información remitida por el MINSA no se verifica el cumplimiento de tus compromisos de Enero y Febrero 2021, por eso no te abonamos el incentivo de abril. De haber información complementaria te abonaremos en el mes de mayo. Para mayor información, llama gratuitamente al 1880.

SALIR

DETALLES

Anexo N° 04: Tarjeta de vacunación

**CARNÉ DE ATENCIÓN
INTEGRAL DE SALUD DE LA
NIÑA MENOR DE 5 AÑOS**



N° DE FICHA FAMILIAR 25-125

Código de Afiliación HCL

Nombre del Niño Parede Devila - Yamilet Jhasmyn


Fecha de Nacimiento 03/04/20 **DNI** 91801062

Nombre de la Madre Mami **DNI**


Nombre del Padre Papi **DNI**

Dirección Saprción

Lugar de Atención R.558 - **Teléfono**



Fotografía



NIÑA

VACUNAR A TU NIÑO ES
UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

Anotar Fechas

BCG (TUBERCULOSIS) (RN)

04-04-20

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)

04-04-20

ANTIPOLIO

1° dosis (2 meses) INY-IPV	2° dosis (4 meses) INY-IPV	3° dosis (8 meses) ORAL-AP0
03-08-20	7-9-20	05/10/20

PENTAVALENTE (DPT +HIB + HVB)

1° dosis (2 meses)	2° dosis (4 meses)	3° dosis (6 meses)
03-08-20	7-9-20	05/10/20

NEUMOCOCO

1° dosis (2 meses)	2° dosis (4 meses)	3° dosis (12 meses)
03-08-20	7-9-20	03-04-21

ROTAVIRUS

1° dosis (2 meses)	2° dosis (4 meses)	
03-08-20	7-9-20	

INFLUENZA

1° dosis (7 meses)	2° dosis (8 meses)	
5-11-20	6-12-20	
1 Año	2 Años	3 Años
		4 Años

ANTIVARICELA	SPR (SARAMPIÓN, PAPER, RUBÉOLA)	ANTIAMARÍLICA
03.04.21	03.04.21	(15 meses)
	1° dosis (12 meses)	2° dosis (18 meses)

REFUERZOS

1° Ref. DPT(18 meses)	2° Ref. DPT(4 años)
1° Ref. Antipolio(Oral 18 meses)	2° Ref. Antipolio (Oral 4 años)

OTRAS VACUNAS

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

<p>*DESCARTE DE ANEMIA VIN: 11 a 13 g/dl</p> <p>6m. Toma Muest. 5/10/20</p> <p>11. g/dl. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resultado 5/10/20</p> <p>2a. Toma Muest. / /</p> <p>g/dl. <input type="checkbox"/></p> <p>Resultado / /</p>	<p>12m. Toma Muest. 3/4/21</p> <p>11.2 g/dl. <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>Resultado 3/4/21</p> <p>3a. Toma Muest. / /</p> <p>g/dl. <input type="checkbox"/></p> <p>Resultado / /</p>	<p>18m. Toma Muest. / /</p> <p>g/dl. <input type="checkbox"/></p> <p>Resultado / /</p> <p>4a. Toma Muest. / /</p> <p>g/dl. <input type="checkbox"/></p> <p>Resultado / /</p>
--	--	--

***Tener en cuenta corrección por altura**

<p>DESCARTE DE PARASITOS</p> <p>1a. Toma Muest. / /</p> <p>Resultado</p> <p>3a. Toma Muest. / /</p> <p>Resultado</p>	<p>2a. Toma Muest. / /</p> <p>Resultado</p> <p>4a. Toma Muest. / /</p> <p>Resultado</p>
---	---