

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL SAN MARTÍN**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Morales, 17 de agosto del 2021

**OFICIO N°064-2021-CTVC/SAN MARTÍN**

Señor:

**Walter Montenegro León**

Jefe de Unidad Territorial

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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 siguiente CASO<sup>1</sup>:

- CASO N°131-2021-CTVC/SAN

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,



.....  
**Iris Gandy Vásquez Huaman**  
Responsable Regional (e)

<sup>1</sup> Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

9) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.

10) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.

11) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.

12) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN: 942158973 Telf. LIMA : 942160416	<b>CASO</b>	<b>N° 131-2021-CTVC/SAN</b>
---	-------------	-----------------------------

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. Fecha de REGISTRO:	23/07/2021
------------------	--------	-----------------------	------------

<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>			
2. Apellidos Nombres:	LANARES SALAS MARTHA	3. Número-DNI:	43297198
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - PAJARILLO	5. Cargo:	VICEPRESIDENTA

<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>		6. Fecha de OCURRENCIA:	23/07/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	MARISCAL CACERES
9. Distrito:	PAJARILLO	10. CCPP/Dirección:	CASERÍO DE ARMAYARI
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	VERIFICACION DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría?	47639136-USUARIA
13. Cantidad de Afectados:	01	Cantidad de Puntos Críticos:	01

<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>
---

El día 23/07/2021 la señora Maritza Flores Rengifo, identificada con DNI N° 00967857, en calidad de madre/tutora de la usuaria de la intervención temporal, Sra. Franixa Vela Flores, identificada con DNI N° 00967857 (Persona en Situación de Discapacidad) se comunicó con la presidenta del Comité Local del distrito de Pajarillo, para manifestarle un caso referente al “Apoyo Temporal para el fortalecimiento del Desarrollo Infantil” del programa “JUNTOS”, por lo cual se levantó la ficha de atención A-044-2021-SAN-P, encontrándose el siguiente punto crítico:

### 1. DESACUERDO CON SUSPENSION (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).

La Sra. Maritza Flores, manifestó que su hija Franixa Vela Flores, fue afiliada a la intervención temporal, el 21/12/2020, y fue suspendida del programa desde el mes de enero del 2021.

La madre/apoderada de la usuaria manifiesta que han cumplido en llevar al menor de 01 año y 02 meses a los controles de acuerdo a “las citas que le han dado en el MINSA”, atenciones que han sido realizadas en el hospital II de Juanjuí, durante el periodo de enero a julio, para constancia, adjunta carnet de vacunación (Ver anexo 02).

Sin embargo, al realizar la consulta a través de la plataforma web “MI JUNTOS”, el resultado indica lo siguiente *“De la información remitida por el MINSA no se verifica el cumplimiento de tus compromisos de los bimestres anteriores, por eso no te hemos abonado. De recibir información complementaria te abonaremos en el mes de Julio...”* (Ver anexo 03).

La madre de la usuaria manifiesta que ha cumplido en llevar al niño, a sus controles de crecimiento y desarrollo, según correspondía a su edad y está al día en las vacunas de acuerdo a la edad del miembro objetivo (ver anexo 02) por lo que manifiesta su disconformidad y desacuerdo con el motivo de la suspensión y solicita al Programa verificar el cumplimiento de la corresponsabilidad y se realice el abono correspondiente a los bimestres I, II y III-2021 de corresponder el caso.

Cabe resaltar, que la señora Franixa Vela Flores, es una persona discapacitada y su menor hijo, quien es miembro objetivo del programa también presenta una discapacidad en un miembro inferior (se adjunta fotografías).

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar el cumplimiento de lo establecido en el numeral 7.3 Disposiciones Generales, RDE N° 000024-2021-MIDIS/PNADP-DE, por ello, la parte operativo del programa Juntos asignado a la estrategia temporal desarrolle el seguimiento y actualice la información de la VCC del hogar en el marco del DIT, y esto en concordancia a al Decreto Supremo N° 010-2020-MIDIS, donde se aprueba los Lineamientos para la implementación de las intervenciones temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social para el año 2020 frente a la pandemia COVID-19 en el marco de lo dispuesto en el Decreto de Urgencia N° 095-2020.
- Se solicita se pueda verificar el caso a la luz de los documentos presentados por la usuaria 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:06)

1. Copia de la ficha de entrevista N° A-044-2021-SAN-J (01 folio).
2. Fotografía del carnet de Atención Integral de Salud del Niño - controles de vacunación. (03 Folios)
3. Captura de pantalla de resultado de consulta MI JUNTOS. (01 folio)
4. Fotografía de menor afectado (01 folio)

  
.....  
**Iris Gandy Vásquez Huamán**  
Responsable de Campo





2. Fotografía del carnet de Atención Integral de Salud del Niño (controles de vacunación).

PERU de Salud

He-210

Nº HC: 49518 Nº Carpeta FAM:

Cod. de Afiliación:

Fecha de Nacimiento: 15-05-20 CUI/DNI:

Nombres y Apellidos: Vasquez Vela

- Del Niño: Mateo Marcelo

- De la Madre: Vela Flores FIDELISCA

- Del Padre: Vasquez Arvelo Ce-947

Dirección: Jr. Triunfo H 1218

E-mail: Teléfono:

Establecimiento: Hospital H-E Jucay

Programa de Apoyo Social:

**VACUNACIÓN (Anotar Fechas):**

Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido) 18-5-20

Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido) 18-5-20

IPV Antipolio:

Fechas de las primeras dosis:

1ra. (2 meses)	2da. (4 meses)	3ra. (6 meses)
24/07/2020	24/09/2020	21/11/2020

Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)

Fechas de las primeras dosis:

1ra. (2 meses)	2da. (4 meses)	3ra. (6 meses)
24/07/2020	24/09/2020	21/11/2020

Neumococo: menor de 1 año 1 año

Fechas de las primeras dosis:

1ra. (2 meses)	2da. (4 meses)	3ra. (6 meses)
24/07/2020	24/09/2020	19-5-21

Rotavirus:

Fechas de las primeras dosis:

1ra. (2 meses)	2da. (4 meses)
24/07/2020	24/09/2020

Influenza:

Fechas de las primeras dosis:

1ra. (6 meses)	2da. (7 meses)
19-5-21	

Varicela: 1 dosis 19-5-21

Sarampión, Rubéola y Paperas (SPR):

1era dosis (12 meses): 19-5-21	Antiaramilica:
2da dosis (18 meses):	(15 meses):

1er. Refuerzo DPT (18 meses)

1er. Refuerzo APO (18 años)

2do. Refuerzo DPT (4 años)

2do. Refuerzo APO (4 años)

CONTROL DE ATENCIÓN AL NIÑO

Fecha	Edad	Sexo	Estatura en cm	Peso en kg	Temperatura	Frecuencia cardiaca	Frecuencia respiratoria	Presión arterial	Observaciones
15-6-21	10	M	100	14	36	110	22	110/70	
15-5-21	11	M	105	15	36	110	22	110/70	
15-4-21	12	M	110	16	36	110	22	110/70	
15-3-21	13	M	115	17	36	110	22	110/70	
15-2-21	14	M	120	18	36	110	22	110/70	
15-1-21	15	M	125	20	36	110	22	110/70	
15-12-20	16	M	130	22	36	110	22	110/70	
15-11-20	17	M	135	24	36	110	22	110/70	
15-10-20	18	M	140	27	36	110	22	110/70	
15-9-20	19	M	145	30	36	110	22	110/70	
15-8-20	20	M	150	33	36	110	22	110/70	
15-7-20	21	M	155	36	36	110	22	110/70	
15-6-20	22	M	160	42	36	110	22	110/70	
15-5-20	23	M	165	45	36	110	22	110/70	
15-4-20	24	M	170	48	36	110	22	110/70	
15-3-20	25	M	175	51	36	110	22	110/70	
15-2-20	26	M	180	54	36	110	22	110/70	
15-1-20	27	M	185	57	36	110	22	110/70	
15-12-19	28	M	190	60	36	110	22	110/70	

ADMINISTRACIÓN DE MICRONUTRIENTES

Fecha	Edad	Sexo	Edad	Dosis	Otro
15-6-21	10	M	10	5	
15-5-21	11	M	11	5	
15-4-21	12	M	12	5	
15-3-21	13	M	13	5	
15-2-21	14	M	14	5	
15-1-21	15	M	15	5	
15-12-20	16	M	16	5	
15-11-20	17	M	17	5	
15-10-20	18	M	18	5	
15-9-20	19	M	19	5	
15-8-20	20	M	20	5	
15-7-20	21	M	21	5	
15-6-20	22	M	22	5	
15-5-20	23	M	23	5	
15-4-20	24	M	24	5	
15-3-20	25	M	25	5	
15-2-20	26	M	26	5	
15-1-20	27	M	27	5	
15-12-19	28	M	28	5	

EVALUACIÓN DEL DESARROLLO PSICOMOTOR

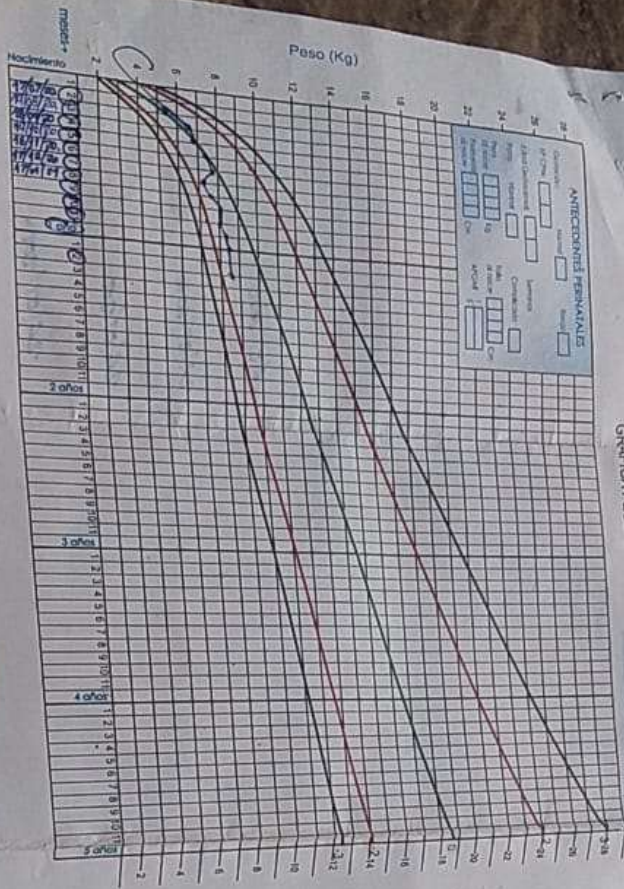
Edad	1 mes	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	10 meses	11 meses
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											

AYUDANDO A CRECER A NUESTROS HIJOS AYUDAMOS A CRECER A NUESTRO PAIS

Nombre: Yago F. G. G. G.  
 Fecha de nacimiento: 18-5-20  
 Lugar de nacimiento: 18-5-20  
 Fecha de ingreso: 24/07/2020  
 Fecha de egreso: 24/09/2020  
 Diagnóstico: 19-5-21  
 Tratamiento: 24/09/2020  
 Observaciones: 19-5-21  
 Fecha de la próxima cita: 24/09/2020  
 Nombre del médico: 19-5-21  
 Nombre del enfermero: 19-5-21  
 Nombre del paciente: 19-5-21  
 Nombre del responsable: 19-5-21

**GRÁFICA PESO-EDAD**

Transición del crecimiento  
 Bueno → Malo



**Lactancia Materna Exclusiva**

0 a 6 meses



**Lactancia Materna y alimentación complementaria**

6 a 7 meses

• Iniciar la alimentación papilla, macinada o puré



7 a 8 meses

• Además de apazado debe consumir alimentos triturados



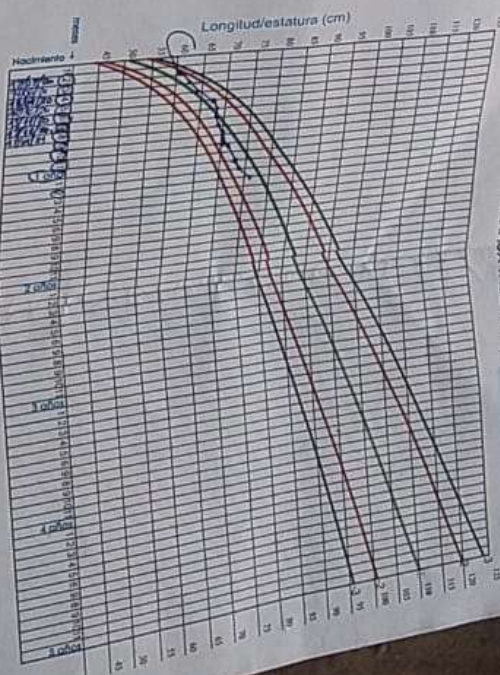
9 a 11 meses

• Debe consumir alimentos picados



**GRÁFICA TALLA-EDAD**

Transición del crecimiento  
 Bueno → Malo



**Lactancia materna y alimentación familiar**

12 a 24 meses



**Alimentación familiar**

24 meses a más



**RECUERDA**

- Loro siempre ha morido y con él no.
  - Antes de preparar las alimentos.
  - Antes de comer.
  - Después de ir al baño.
  - Después de cambiar pañales.
- Recordar a tu hijo, una norma sona  
 • Loro a tu hijo de odontólogo antes de 3 mes de vida.  
 • Responda la higiene bucal de tu hijo después de comer cuando tiene  
 todo antes de dormir.  
 • Visita al odontólogo cada 3 meses para control.

3. Captura de pantalla de resultado de consulta MI JUNTOS. Fecha de consulta 23/07/2021



**Franixa,**

En esta oportunidad usted

**no recibirá abono**




De la información remitida por el MINSA no se verifica el cumplimiento de tus compromisos de los bimestres anteriores, por eso no te hemos abonado. De recibir información complementaria te abonaremos en el mes de Julio. Para mayor información, llama gratuitamente al 1880.

Más Detalles

PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusion Social Juntos MI JUNTOS Abonos Datos del Hogar

Titular del Hogar: VELA FLORES FRANIXA  
Fecha de afiliación al Programa Juntos: 21/12/2020

**Abonos**

#	Punto de abono	Dirección de abono	Monto		Motivo No abono
			Mes 1	Mes 2	
1	JUANJUÍ	JIRON MARISCAL CASTILLA ESQUINA CON JIRÓN MIGUEL GRAU S/N	0*	0*	
2	JUANJUÍ	JIRON MARISCAL CASTILLA ESQUINA CON JIRÓN MIGUEL GRAU S/N	0	0	
3	JUANJUÍ	JIRON MARISCAL CASTILLA ESQUINA CON JIRÓN MIGUEL GRAU S/N	0	0	

\* El abono corresponde al cumplimiento de responsabilidades de los meses de marzo y abril 2021.

4. Fotografías del menor afectado.

