

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, 05 de agosto de 2021.

OFICIO N° 121-2021-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° 164-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 165-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 166-2021-CTVC/CAJ

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos 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
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° 165-2021-CTVC/CAJ
--	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	04/08/2021
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:	04/08/2021
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	CHOTA
9. DISTRITO:	CHALAMARCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	LA PALMA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	76834047 - USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El día 04/08/2021 el Equipo Técnico del Comité de la Sede Regional Cajamarca, registró la ficha de atención A-131-2021-CAJ-J correspondiente a la llamada telefónica de la Sra. Zulma Roxeli Díaz Ticlla, identificada con DNI 76834047, usuaria de la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos. Reportando lo siguiente:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** La Sra. Zulma Roxeli Díaz Ticlla fue afiliada a la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos el 21/12/2020. La usuaria manifiesta que en el bimestre enero febrero no acudió al centro de salud, por lo que está de acuerdo con la suspensión de ese periodo. Manifiesta que durante los bimestres marzo-abril, mayo-junio ha cumplido con llevar a su hijo de 2 años a los controles realizados en el centro de salud Rosaspampa, además cuando realizó la consulta al personal de salud, le indicaron que la información había sido subida en el sistema del MINSA. Sin embargo, al revisar el aplicativo MIJUNTOS verifiqué que no fue abonada y este le refiere *“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”*. La usuaria considera que posiblemente haya un error en el sistema que registra el control de vacunas. Dicha situación escapa a la responsabilidad de la usuaria. Por tal razón, manifiesta su desacuerdo con la suspensión, por lo que solicita que se le abone el incentivo a los bimestres correspondientes.

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-131-2021-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

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio
Celular: 942155526
www.ctvcperu.org.pe

MI JUNTOS



INFORMACIÓN DEL HOGAR

Titular del Hogar: *DIAZ TICLLA ZULMA ROXELI*

Su clasificación SISFOH vence: *11/11/2025*

Fecha de Afiliación JUNTOS: *21/12/2020*

Para mayor información



Atención al usuario nro 981833039

ABONOS

DATOS DEL ÚLTIMO ABONO

Lugar de Abono: *CHOTA*

Dirección de Abono:

JIRÓN MARISCAL CASTILLA N° 424-430-436

Fecha de Abono:

Mes1: *S/. 0*

Mes2: *S/. 0*

Motivo de No Abono	Acción
<i>SIN ABONO - SIN INFORMACION</i>	<i>SIN ABONO - SIN INFORMACION</i>

** Monto por Afiliación*

ABONOS ANTERIORES

Mes	Monto	Disposición

Anexo N° 04: Tarjeta de vacunación

CARNE DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

Nº OFICINA PROMOTOR: HCL 8174

Código de Afiliación: **LIAN ANDRE RODRIGO DIAZ**

Nombre del Niño: **LIAN ANDRE RODRIGO DIAZ** DNI: **91234403**

Fecha de Nacimiento: **16-03-2019**

Nombre de la Madre: **ZULMIRA DIAZ TILUADHI** DNI: **76834047**

Nombre del Padre: **MARLON RODRIGUEZ** DNI: **40142412**

Dirección: **CHAMARCA - LA PALMA**

Lugar de Atención: **CS. LINA CHAMARCA** Teléfono: _____

NIÑO VACUNAR A TU NIÑO ES UN GESTO DE AMOR

CONTROL VACUNA OTRO: **12/03/20**

BCG (TUBERCULOSIS) (RN) **17-03-2019**

ANTIPOLO

1º dosis (2 meses) **16-05-19** 2º dosis (4 meses) **16-07-19** 3º dosis (6 meses) **23-09-19**

PERTUSIS VALENTE (DIPHTERIA - TETANUS - HVB)

1º dosis (2 meses) **16-05-19** 2º dosis (4 meses) **16-07-19** 3º dosis (6 meses) **23-09-19**

NEUMOCOCCO

1º dosis (2 meses) **16-05-19** 2º dosis (4 meses) **16-07-19** 3º dosis (12 meses) **12-03-2021**

ROTAVIRUS

1º dosis (2 meses) **16-05-19** 2º dosis (4 meses) **16-07-19**

INFLUENZA

1º dosis (7 meses) **24-10-19** 2º dosis (8 meses) **23-11-19**

1 Año 2 Años 3 Años 4 Años

IPR (SARAMPIÓN, PAPERERA, RUBÉOLA) **19-03-2021**

ANTI-MARIL

REFUERZOS

1º Ref. DPT (18 meses) **24-06-2021** 2º Ref. DPT (4 años)

1º Ref. Antipolo (Oral 15 meses) 2º Ref. Antipolo (Oral 4 años)

OTRAS VACUNAS

DESCARTE DE ANEMIA (Hb 11 x 15 g/dl)

1ª. Toma Muestr. **7/03/21** Resultado **11.2 g/dl**

2ª. Toma Muestr. **14/3/21** Resultado **11.3 g/dl**

DESCARTE DE PARASITOS

1ª. Toma Muestr. Resultado

2ª. Toma Muestr. Resultado

3ª. Toma Muestr. Resultado

4ª. Toma Muestr. Resultado

Varicela 12/03/20