

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, 11 de agosto de 2021.

OFICIO N° 122-2021-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° 167-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 168-2021-CTVC/CAJ
- CASO N° 169-2021-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° 168-2021-CTVC/CAJ

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	11/08/2021
-------------------------	--------	------------------------------	------------

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:		11/08/2021	
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	CAJAMARCA
9. DISTRITO:	CAJAMARCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AV. LA PAZ 2454
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	45945950 - USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01

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

El día 11/08/2021 el Equipo Técnico del Comité de la Sede Regional Cajamarca, registró la ficha de atención A-134-2021-CAJ-J correspondiente a la llamada telefónica de la Sra. María Nelly Tirado Goycochea, identificada con DNI 45945950, usuaria de la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos. Reportando lo siguiente:

- DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** La Sra. María Nelly Tirado Goycochea fue afiliada a la Estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos el 24/10/2020. La usuaria manifiesta que ha cumplido en llevar a su hijo de 2 años a los controles realizados en el centro de salud la Tulpuna durante los bimestres enero-febrero, marzo-abril, mayo-junio del 2021, además cuando realizó la consulta al personal de salud, le indicaron que la información había sido subida en el sistema del MINSA. Sin embargo, cuando reviso el aplicativo de MIJUNTOS, verificó que no ha sido abonada de los tres bimestres anteriores y este 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.° 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-134-2021-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
Teléfono: 01-3450376 – Celular: 942155526
www.ctvcperu.org.pe

Anexo N° 02: Captura de pantalla MIJUNTOS

MI JUNTOS

INFORMACIÓN DEL HOGAR

Titular del Hogar: **TIRADO GOYCOCHEA MARIA NELLY**
 Fecha de Afiliación JUNTOS: **24/10/2020**

Para mayor información
 Atención al usuario nro 981833039

ABONOS
DATOS DEL HOGAR

DATOS DEL ÚLTIMO ABONO

Lugar de Abono: **AGENCIA 1 CAJAMARCA**
 Dirección de Abono:
Jr. Pisagua N° 552, Dist. Prov. Y Dpto. Cajamarca
 Puedes cobrarlo a partir del
 Mes1: S/. **0 *** Mes2: S/. **0 ***

Motivo de No Abono	Acción
SIN ABONO - SIN INFORMACION	SIN ABONO - SIN INFORMACION

ABONOS ANTERIORES

Dirección de Abono	Mes	
	Mes1	Mes2
Jr. Pisagua N° 552, Dist. Prov. Y Dpto. Cajamarca	0 *	0 *
Jr. Pisagua N° 552, Dist. Prov. Y Dpto. Cajamarca	0	0
Jr. Pisagua N° 552, Dist. Prov. Y Dpto. Cajamarca	0	0

*** Bimestre III - 2021**

Anexo N° 04: Tarjeta de vacunación

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

N° DE FICHA FAMILIAR: 3-1228
 CUI: 3/1228

Código de Atención:
 Nombre del Niño: **Louis Omer Ruiz Truado**
 Fecha de Nacimiento: **03-10-2018** DNI: **90939261**
 Nombre de la Madre: **Nuvia** DNI: **45212250**
 Nombre del Padre: **Edgar** DNI: **45913240**
 Dirección: **Au Independencia 504**
 Lugar de Atención: **Ps MB** Teléfono: _____

NIÑO
 VACUNAR A TU NIÑO ES UN GESTO DE AMOR

CITA
 CONTROL: **4/12/21**
 VACUNA: _____
 OTRO: **M**

Anotar Fechas
BCG (TUBERCULOSIS) (RN) **HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)**
04-10-2018 **04-10-2018**

ANTIPOLOIO
 1° dosis (2 meses) INY-IPV: **3-12-18**
 2° dosis (4 meses) INY-IPV: **4-2-19**
 3° dosis (6 meses) ORAL-AP0: **7-1-19**

PENTAVALENTE (DPT +HIB + HVB)
 1° dosis (2 meses): **3-12-18**
 2° dosis (4 meses): **4-2-19**
 3° dosis (6 meses): **7-1-19**

NEUMOCOCO
 1° dosis (2 meses): **3-12-18**
 2° dosis (4 meses): **4-2-19**
 3° dosis (12 meses): **7-4-19**

ROTAVIRUS
 1° dosis (2 meses): **3-12-18**
 2° dosis (4 meses): **4-2-19**

INFLUENZA
 1° dosis (7 meses): **3-5-19**
 2° dosis (8 meses): **3-6-2019**

1 Año: _____ 2 Años: _____ 3 Años: _____ 4 Años: _____

ANTIVARICELA **SPR (SARAMPIÓN, PAPERA, RUBÉOLA)** **ANTIAMARILICA**
 2° dosis (18 meses) (15 meses)
04/02/2020 **15-05-2020** **04-01-20**

REFUERZOS
 1° Ref. DPT (18 meses): **15-5-2020**
 2° Ref. DPT (4 años): _____
 1° Ref. Antipolio (Oral 18 meses): **15-5-2020**
 2° Ref. Antipolio (Oral 4 años): _____

OTRAS VACUNAS
SPR: 24-10-19

***DESCARTE DE ANEMIA V.N: 11 a 13 g/dl**

4m. Toma Muest. 21/4/19 Resultado 12.8 g/dl	12m. Toma Muest. 24/10/19 Resultado 12.9 g/dl	18m. Toma Muest. / / Resultado / /
2a. Toma Muest. 19/1/20 Resultado 11.1 g/dl	3a. Toma Muest. / / Resultado / /	4a. Toma Muest. / / Resultado / /

***Tener en cuenta corrección por altura**

DESCARTE DE PARASITOS

1a. Toma Muest. / / Resultado / /	2a. Toma Muest. 19.12.21 Resultado 11.69 g/dl
3a. Toma Muest. / / Resultado / /	4a. Toma Muest. / / Resultado / /