

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Cusco, 13 de Mayo de 2021

**OFICIO N° 039-2021-CTVC/CUSCO**

Señor (a)

**GLORIA DUEÑAS CORRIDO**

Jefe de la Unidad Territorial - Cusco

Programa Nacional de Apoyo Directo a los más pobres-Juntos

**Presente**

**Asunto:** Se ALERTA (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 (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)<sup>1</sup>:

• **CASO N° 180-2021-CTVC/CUS**

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

  
**ELIAZER CUETO VERA CAMPOS**  
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TECNICO  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
CUSCO



<sup>1</sup> 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

**Urbanización Mariscal Gamarra A-41 / II Etapa – Cusco (Local de la Mesa de Concertación para la Lucha  
Contra la Pobreza) Ref. Espaldas de la Parroquia Santísima Trinidad.**

**Teléfono: (84) 246521. Celular: 942157052**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cusco.rrctvcperu@gmail.com**

**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**

Teléf. CUSCO: 942157052 Teléf. LIMA : 942160511	<b>CASO</b>	N° 180-2021-CTVC/CUS
--	-------------	----------------------

<b>PROGRAMA SOCIAL:</b>	JUNTOS	<b>1. FECHA DE REGISTRO:</b>	06/05/2021
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>			
<b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>	GARAY UCHARO EDITH	<b>3. NÚMERO-DNI:</b>	23976615
<b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CUIDADANA -SANTA ANA	<b>5. CARGO:</b>	PRESIDENTE
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>			<b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b> 06/05/2021
<b>7. DEPARTAMENTO:</b>	CUSCO	<b>8. PROVINCIA:</b>	LA CONVENCION
<b>9. DISTRITO:</b>	QUELLOUNO	<b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>	QUILLABAMBA
<b>11. PROCESO:</b>	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDADES	<b>12. DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?</b>	61635244 USUARIO
<b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>	01	<b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b>	01
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>			

El día 06/05/2021, La presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Distrito de Santa Ana, registró la ficha de atención A-050-2021-CUS-J, correspondiente a la entrevista a la Sra. Rina Tito Gamarra con DNI: 61635244, usuaria de la estrategia de Desarrollo Infantil Temprano del Programa Juntos, reportando el siguiente punto crítico:

- 1. DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** - La Sra. Rina Tito Gamarra fue afiliada a la estrategia de Desarrollo Infantil Temprano (DIT) del Programa Juntos el 21.12.2020. La usuaria manifestó que en los meses de enero, febrero, marzo y abril del presente año acudió el centro de salud para los controles y recojo de suplementos respectivos de su menor hija P.T.R.S. con DNI: 92039024, por lo tanto tiene sus vacunas y suplementos completos de acuerdo al carnet de atención integral de salud.

Sin embargo indica que al apersonarse al punto de pago le indicaron que no recibiría el abono por no haber cumplido con la corresponsabilidad en salud (recojo de suplemento de hierro) según información recibida por el MINSa. Así mismo el ETR del CTVC Cusco se puso en contacto con el programa donde manifestaron que la usuaria fue suspendida por no recoger el suplemento de hierro.

La usuaria manifestó que su hija se encuentra con todas las vacunas, controles y suplementos correspondientes, y que posiblemente haya un error en el sistema que registra el recojo de suplementos de hierro. Por tal razón manifiesta su desacuerdo con la suspensión, por lo que solicita que se le abone el incentivo al bimestre correspondiente (enero y febrero). Cabe mencionar que la usuaria se apersonó al puesto de salud, donde fue atendida por el personal encargado quien le manifestó que el carnet de atención integral de salud es evidencia suficiente para corroborar la corresponsabilidad (ver anexo 03).

#### **IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

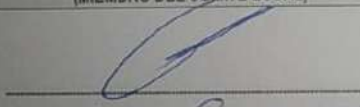
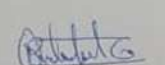
- El Programa Juntos en coordinación con MINSA deben realizar la verificación de cumplimiento de corresponsabilidades en el marco del DIT de los hogares afiliados en el marco del Decreto de Urgencia N.° 095-2020 que aprueba las intervenciones temporales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social-MIDIS, 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 emisión de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

#### **V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (06))**

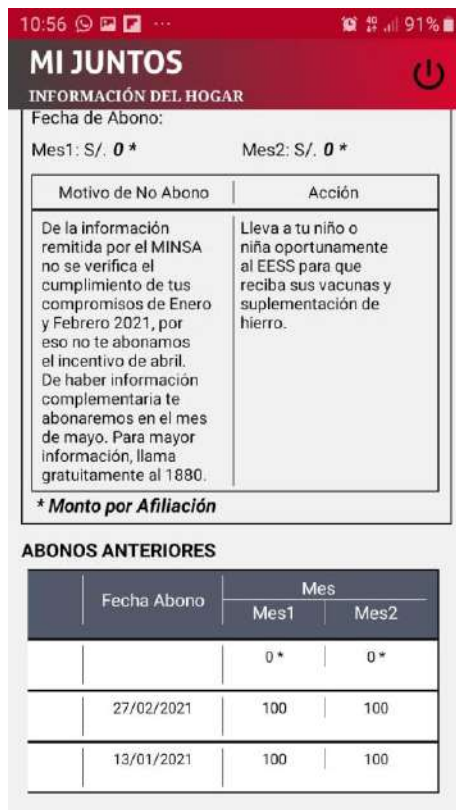
1. Ficha de atención A-050-2021-CUS-J (01 folio)
2. Captura de Pantalla de MI JUNTOS (01 folio)
3. Tarjeta de control (03 folios)
4. Copia de DNI de Madre e Hija (01 folio)

  
**ROSIO ASCUÑA ARCONDO**  
Responsable De Campo del Equipo Técnico  
CTVC-CUSCO

1. Ficha de atención A-050-2021-CUS-J

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° A-050-2021-CUS	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social -LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-					
1. PROGRAMA por X: CONTIGO ( ) CUNA MAS ( ) FONCODES ( ) JUNTO (X) DIT PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( )				2. FECHA de REGISTRO: 06/05/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres: Tito Gamarec Rinc.		4. Documento-DNI: 61635244		6. Fecha-Nacimiento: 28/03/1999	
5. Sexo (Género): Masculino ( ) Femenino (X)		8. Tiempo Residencia: ( ) MESES		10. Telef. Personal: 976977164	
7. Es Usuario(a)? SI (X) Fecha Afiliación 22/11/2020 NO ( )		11. Institución/Cargo:		12. Telf. Institucional:	
9. Correo Electrónico:		13. Departamento: Cusco		14. Provincia: La Convención	
11. Institución/Cargo:		15. Distrito: Oñellouano		16. CCPP/Dirección: Sector Otinencia	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17. FECHA OCURRENCIA: 1/1	
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento: Cusco		19. Provincia: La Convención		21. CCPP/Dirección: Jr los rosales c/n la bal	
20. Distrito: Sta Ana		B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El informante debe precisar bien lo siguiente:			
<p>22. LOS HECHOS OCURRIDOS, CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando sea más de 3 escribir listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS O POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO, QUIÉNES SON LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO, PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL DIFUSOR DEL PROGRAMA, ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?</p> <p>La Sra Rina Indica que es usuaria del Programa Juntos "Bono niños". La Sra recibió desde mediados de Enero 2021 y se le corto interpositivamente sin explicación alguna, desde el mes de Abril a la fecha y se le indicó que fuera a la Posta a pedir una Constancia y le negaron y solo le pusieron una S en su cartilla de control indicando que estaban ocupada el sello es de la licenciada en enfermería CEP 22750 Gladis Coyle Nova. Indicando en la parte baja que: controles cotan al día, y verificando en su cartilla que tiene los mismos días de cita sin ninguna variación. Ni persona le visita por prevención de anemia "Nieta" y no visualizo ninguna fecha diferente. ella hace control cada 29 del mes, solicita se le revalore la suspección que le ejecutaron en vista que cumpl con su control al día.</p>					
23. TIPO de ATENCIÓN: Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( ) Queja ( ) Denuncia ( )				24. TOTAL FOLIOS:	
25. Dctos. ADJUNTOS: Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( )				26. OBSERVACIONES:	
NOMBRE, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
 NOMBRES/APELLIDOS: Edith Garay Ucharo DNI: 23976615 CARGO: Presidente CITV.			 NOMBRES/APELLIDOS: Rina Tito Gamarec DNI: 61635244 CARGO: Mama		

2. Captura de pantalla consulta MI JUNTOS (01)





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

N° HISTORIA CLÍNICA: 5335 B

Código de Afiliación: -2-92039024 HCL: 5015-B

Nombre de la Niña: *Rihanna Selange Pina Tito*

Fecha de Nacimiento: 29-09-20 DNI: 92039024

Nombre de la Madre: *Rina Tito Gomez* DNI: 61635249

Nombre del Padre: *Jhonel Pina Alva* DNI: 45009624

Dirección: *Jr. los Roldos e/ tabata Esquina*

Lugar de Atención: *C.S. Santa Ana* Teléfono: \_\_\_\_\_

**VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR**

**CITA**

CONTROL: 29-11-20

VACUNA: 29-01-21

OTRO: \_\_\_\_\_

**BCG (TUBERCULOSIS) (RM)** 29-09-20

**HYBIANTI-HEPATITIS (RM)** 29-09-20

**ANTIPILOLO**

1° dosis (2 meses) IM-PI 29-11-20

2° dosis (4 meses) IM-PI 29-01-21

3° dosis (6 meses) OVA-PI 29-01-21

**PENTAVALENTE (DPT + Hib + Hib)**

1° dosis (2 meses) 29-11-20

2° dosis (4 meses) 29-01-21

3° dosis (6 meses) \_\_\_\_\_

**NEUMOCOCCO**

1° dosis (2 meses) 29-11-20

2° dosis (4 meses) 29-01-21

3° dosis (12 meses) \_\_\_\_\_

**ROTAVIRUS**

1° dosis (2 meses) 29-11-20

2° dosis (4 meses) 29-01-21

**INFLUENZA**

1° dosis (7 meses) \_\_\_\_\_

2° dosis (18 meses) \_\_\_\_\_

1 Año \_\_\_\_\_ 2 Años \_\_\_\_\_ 3 Años \_\_\_\_\_ 4 Años \_\_\_\_\_

**SPR (SARAMPIÓN, PAPERÁ, RUBEOLA)** 1° dosis (12 meses) \_\_\_\_\_ 2° dosis (18 meses) \_\_\_\_\_

**VARICELA** (12 meses) \_\_\_\_\_

**ANTIAMARILICA** (15 meses) \_\_\_\_\_

**REFUERZOS**

1° Ref. DPT (18 meses) \_\_\_\_\_ 2° Ref. DPT (4 años) \_\_\_\_\_

1° Ref. Antipilolo (18 meses) \_\_\_\_\_ 2° Ref. Antipilolo (4 años) \_\_\_\_\_

**OTRAS VACUNAS**

**MONITOREO DE LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA NIÑA**

Descarte de Anemia	Desaje de Hemoglobina	Fecha de examen: 29/11/20			
		Edad: 16 M			
Tratamiento de Anemia	Medicamento	Fecha de entrega: 11/11/20			
		N° de Fco: _____			
Examen de Control	Examen de Control	Fecha de examen: _____			
		Resultado: _____			
Suplementación Preventiva con Hierro	Suplementación Preventiva con Hierro	Edad: 4 M	5 M	6 M	7 M
		Fecha de entrega: 29/11/20	29/1/21	02/7/21	01/11/21
		N° Fco. gratis: 015-2	015-2	015-2	015-2
		Edad: _____			
		Fecha de entrega: _____			
		N°: _____			
Descarte de Parasitosis	Examen de seriado de heces	Fecha de examen: _____			
	Test de Graham	Edad: _____			
Tratamiento de Tricostema	Medicamento	Fecha de entrega: _____			
	Examen de control	Fecha de examen: _____			
Desparasitación profiláctica	Medicamento	Edad: _____			
		Fecha de entrega: _____			
Suplementación Preventiva con Vitamina "A"	Suplementación Preventiva con Vitamina "A"	Edad: _____			
		Fecha de administración: _____			
Visita Domiciliaria	Visita Domiciliaria	Edad: _____			
		Fecha de visita: _____			
Salud Bucal	Salud Bucal	Edad: _____			
		Fecha: _____			
Sesión de Atención Temprana del Desarrollo	Sesión de Atención Temprana del Desarrollo	Edad: _____			
		Fecha de Sesión: _____			



