

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de independencia”

Surquillo, 26 de agosto de 2021

OFICIO N° 114-2021-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)

JESSICA CECILIA NIÑO DE GUZMÁN ESAINE

Directora Ejecutiva

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 (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° 191-2021-CTVC/LIC

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


STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Calle Las Palomas N 430, Urbanización Limatambo, Surquillo.

Teléfono: (01) 422-6900, Celular: 994432613

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / limametro.rrectvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Lima y Callao: (#)994432613
Telf. Nacional: (#)984056206

CASO

N° 191-2021-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	26/08/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CALUA TORRES ROCIO ESTHER	3. NÚMERO-DNI:	26702141
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-SEDE LIMA METROPOLITANA Y CALLAO	5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	26/08/2021
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	LIMA
9. DISTRITO:	CARABAYLLO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AGRUPACIÓN FAMILIAR LOS ANGELES DE CARABAYLLO MZ. G LOTE 02
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	43928321-USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

Durante las acciones de veeduría a la entrega del Incentivo Monetario Condicionado de la Intervención Temporal para el Desarrollo Infantil del Programa Juntos en Lima Metropolitana y Callao, se recibió la comunicación de la Sra. Marciana Chamorro Bustamante, con DNI 43928321, cuyo hogar es usuario de la intervención temporal del Programa; identificándose los siguientes puntos críticos:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA)** La usuaria, con número de celular 994613026, mencionó que ante la consulta al aplicativo Mi Juntos, este indicó que **no recibirá el abono porque no se verifica el cumplimiento de los compromisos de los bimestres anteriores**, como consta en las imágenes adjuntas. Asimismo, indica que tiene al día la atención de su niño en el establecimiento de salud como lo indica la tarjeta de control CRED que se adjunta al caso y no comprende la razón del NO ABONO de los periodos **indicados (Ver anexo fotográfico 01, 02 y 03)**.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el Marco de los lineamientos técnicos del Decreto Supremo N° 010-2020-MIDIS del 19 de agosto del 2020, 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 sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso, en relación a los Principios y estándares ofrecidos por el Programa Juntos.
- Comunicar a la **brevedad a la usuaria** sobre la situación de su reclamo y de ser el caso proceder al abono del incentivo monetario correspondiente a los periodos que puedan haber sido afectados.

Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04)

1. Copia Ficha de Atención CÓDIGO A-054 -2021-LIC-J (1 folio)
2. Anexos fotográficos (3 folios)


STALIN J. PORTAL CABANILLAS
 Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
 COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA


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 SOCIAL:	JUNTOS (X) QALI WARMA () PENSION 65 () CUNA MAS () FONCODES () CONTIGO ()	2. FECHA DE REGISTRO	26/08/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/ SOLICITANTE; De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)			
3. Apellidos y Nombres:	CHAMORRO BUSTAMANTE MARCIANA	4. Documento - DNI	43928321
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)	6. Fecha-Nacimiento:	07/09/1984
7. Es Usuario(a)?:	SI (X) Fecha Afiliación ____/____/____ NO ()	8. Tiempo Residencia:	12 MESES
9. Correo Electrónico:	-----	10. Telef. Personal:	994613026
11. Institucion/Cargo:	USUARIA PROGRAMA JUNTOS	12. Telef. Institucional:	-----
13. Departamento:	LIMA	14. Provincia:	LIMA
15. Distrito:	CARABAYLLO	16. CCPP/Dirección:	AGRUPACIÓN FAMILIAR LOS ANGELES DE CARABAYLLO MZ. G LOTE 02
II. DESCRIPCION AL DETALLE DEL CASO:			17. FECHA OCURRENCIA:
A) LUGAR DONDE OCURRIO EL CASO:			26/08/2021
18. Departamento:	LIMA	19. Provincia:	LIMA
20. Distrito:	CARABAYLLO	21. CCPP/Dirección:	AGRUPACIÓN FAMILIAR LOS ANGELES DE CARABAYLLO MZ. G LOTE 02
B) DESCRIPCION DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: <i>El Informante debe precisar bien lo siguiente:</i>			
22. LOS HECHOS OCURRIDOS CUANTOS Y QUIENES SON LOS AFECTADOS (cuando son mas de 3 adjuntar listado con: Apellidos y Nombres, DNI, Edad y Observaciones) QUIENES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUE PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA ¿QUE HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?			
<p>Durante la vigilancia a la entrega del incentivo monetario condicionado del Programa Juntos en Lima Metropolitana y Callao se recibió la comunicación de la Sra. Marciana Chamorro Bustamante, identificada con DNI 43928321 domiciliada en la Agrupación familiar Los Ángeles de Carabayllo con número de celular 994613026; quien refiere que fue afiliada en la intervención temporal (21/12/2020), y cobró el abono de afiliación, sin embargo a la consulta en consulta al aplicativo sigue recibiendo la información que no recibirá el abono por incumplimiento de corresponsabilidades; asimismo, la Sra. Indicó que tiene al día la atención de su niño en el establecimiento de salud como lo indica la tarjeta de control CRED que mostró y no comprende la razón del NO ABONO hasta la fecha.</p> <p>Se solicita a la brevedad que se pueda esclarecer la situación que la usuaria del Programa Juntos refiere y de ser el caso brindar la solución correspondiente.</p>			
23. TIPO DE ATENCION:	Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo (X) Queja () Denuncia ()	24. TOTAL FOLIOS	01
25. Dctos ADJUNTOS:	Memorial () Informe () Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros (X)		
26. OBSERVACIONES:			
NOMBRE, DNI, FIRMA Y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)		NOMBRE, DNI, FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO (A) Ó INFORMANTE/ SOLICITANTE PRINCIPAL	
NO PUEDE FIRMAR		NO PUEDE FIRMAR	
FIRMA		FIRMA	
NOMBRES y APELLIDOS: ROCIO ESTHER CALUA TORRES		NOMBRES y APELLIDOS: MARCIANA CHAMORRO BUSTAMANTE	
DNI: 26702141	CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	DNI: 43928321	CARGO: USUARIA DEL PROGRAMA JUNTOS

ANEXO FOTOGRÁFICO 1
CAPTURA DE PANTALLA DE APLICATIVO MI JUNTOS



ANEXO FOTOGRAFICO 2
TARJETA DE CONTROL CRED CON LA ESPECIFICACIÓN DE FECHAS DE VACUNACIÓN


PERU Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

ETAPA VIDA NIÑO

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

FICHA FAMILIAR **37821**

Código de Afiliación: _____ HCL: _____
 Nombre del Niño: **José Antonio Chamorro Ángel**
 Fecha de Nacimiento: **11-9-20** DNI: **72011663**
 Nombre de la Madre: _____ DNI: _____
 Nombre del Padre: _____ DNI: _____
 Dirección: _____
 Lugar de Atención: _____ Teléfono: _____

VACUNAR A TU NIÑO ES UN GESTO DE AMOR

CITA
 CONTROL: _____
 VACUNA: _____
 OTRO: _____

BCG (TUBERCULOSIS) (RN) _____ HVB(ANTI-HEPATITIS) (RN) _____

ANTIPOLIO
 1º dosis (2 meses) INY-IPV: **21/12/20**
 2º dosis (4 meses) INY-IPV: **24/2/21**
 3º dosis (6 meses) ORAL-APO: **26/04/21**

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)
 1º dosis (2 meses): **24/2/21**
 2º dosis (4 meses): **26/04/21**
 3º dosis (6 meses): **26/6/21**

NEUMOCOCO
 1º dosis (2 meses): **21/12/20**
 2º dosis (4 meses): **24/2/21**
 3º dosis (12 meses): _____

ROTAVIRUS
 1º dosis (2 meses): **21/12/20**
 2º dosis (4 meses): **24/2/21**

INFLUENZA
 1º dosis (7 meses): _____
 2º dosis (8 meses): _____

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

SPR (SARAMPIÓN, PAPERA, RUBÉOLA) 1º dosis (12 meses): _____ 2º dosis (18 meses): _____
VARICELA (12 meses): _____
ANTIAMARÍLICA (15 meses): _____

REFUERZOS
 1º Ref. DPT (18 meses): _____ 2º Ref. DPT (4 años): _____
 1º Ref. Antipolio (Oral 18 meses): _____ 2º Ref. Antipolio (Oral 4 años): _____

TRAS VACUNAS

ANEXO FOTOGRAFICO 3
ÚLTIMA ENTREGA DE SULFATO FERROSO

PERU Ministerio de Salud Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Norte

RECETA UNICA ESTANDARIZADA 2096889

Establecimiento de Salud: _____
 Nombres y Apellidos: Lucas Cruzado A.M.A.
 Formato de Atención SIS N°: 12010101010101 Edad: 1 H.C. 311111

TIPO USUARIO: _____

Demanda: Seguro Integral de Salud:
 Intervención Sanitaria: Otros: _____

ATENCIÓN: Consulta Externa: Emergencia: Odontología: Otros: _____

ESPECIALIDAD: Medicina: Gineco-Obstétrica: Pediatría: Otros: _____

Diagnóstico (Definitivo / Presuntivo): A.N.S.

N°	Medicamento o Insumo (Obligatorio DCI)	Concentración	Forma Farmacéutica	Cantidad Prescrita	INDICACIONES		
					DOSIS	Frecuencia	Vía de Administración / Duración Tratamiento
1	<u>Sulfato ferroso</u>		<u>gotas</u>	<u>1</u>	<u>20 gotas</u>	<u>una vez al día</u>	
2							<u>1 ml</u>
3							

Receta válida hasta: _____

Fecha de Atención: 13 08 21

¡Si cumples el tratamiento con responsabilidad, recuperas tu Salud!

