

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

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

Huancayo, 09 de setiembre de 2021

OFICIO N° 113-2021-CTVC/JUNIN

Señor(a)

LIC. MILTON MIGNAT MALDONADO MELGAR.

Jefe de la Unidad Territorial.

Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres – JUNTOS.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Uno (01) CASO(S)

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.

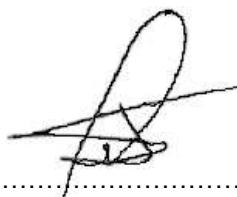
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 314-2021-CTVC/JUN

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,



.....
Jessica Rojas Domínguez
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

Jr. San José 545-Ub. San Carlos- Huancayo. Junín

Celular: 942161273; 942156617; 945075677

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

Página Web: <http://www.ctvcperu.org.pe>

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Junín: 942161273 Teléfono Nacional: 984056206	CASO	N° 314-2021-CTVC/JUN
PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO: 03/09/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:		
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROJAS DOMINGUEZ JESSICA LILIANA	3. NÚMERO-DNI: 20072336
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO: RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA: 10/04/2021
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	8. PROVINCIA: JAUJA
9. DISTRITO:	SAN PEDRO DE CHUNAN	10. CCPP/DIRECCIÓN: SAN PEDRO DE CHUNAN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	VERIFICACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE CORRESPONSABILIDAD	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 71692712-USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):		

El 03/09/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia se recibió la llamada de la Sra. Lisvette Rosamerica Lino Suarez, identificada con DNI 71692712 exusuaria del programa Juntos y se registró los siguientes puntos críticos:

1. **DESACUERDO CON SUSPENSIÓN (POSIBLE SUSPENSIÓN INJUSTA).** En la conversación telefónica sostenida con la Sra. Lisvette Rosamerica Lino Suarez, manifestó, que ha sido afiliada al Programa Juntos en diciembre del 2020, a través de “Apoyo Temporal para el Fortalecimiento del Desarrollo Infantil” en el marco del Decreto de Urgencia N.º 095-2020; al ser afiliada el operador de programa le informó que para recibir el subsidio económico de S/.200.00 soles bimestrales, el compromiso de su hogar sería llevar a su menor hijo al EESS donde se atiende para recibir vacunas de rotavirus, neumococo y suplementación de hierro.

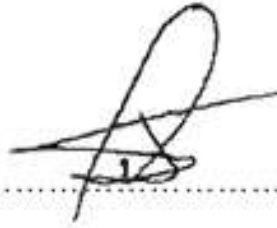
Realizando la consulta en el **aplicativo “Mi Juntos”** el mensaje decía: En esta oportunidad no usted no recibirá abono. De la información remitida por el MINSa no se verifica el cumplimiento de tus compromisos de los bimestres anteriores, por eso no te hemos abonado. De recibir información complementaria te abonaremos en el mes de Julio. Para mayor información, llama gratuitamente al 1880. Según información detallada el hogar ha sido abonado una sola vez durante su permanencia.

La Sra. Lisvette Rosamerica Lino Suarez, manifiesta que desde diciembre 2020 a la actualidad ha cumplido con su corresponsabilidad tal como consta en el carnet de control de su menor hija, esta afirmación es respaldada con la información que le ha brindado el establecimiento de salud, por lo cual manifiesta su desacuerdo con la suspensión la cual considera como una suspensión injusta. (Ver Anexo 03 y Anexo 04).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a. Sugerimos al Programa Juntos en coordinación con el MINSa deben realizar la verificación del cumplimiento de corresponsabilidades 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 – MIDI, 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.
- b. Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan 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.

1. Ficha de Atención: A-010-2021-JUN-J (01 folio)
2. Captura de pantalla de la Consulta Aplicativo "Mi Juntos" (02 folios)
3. Fotografías de la historia clínica del menor (1 folio)
4. Carnet de vacunación del menor (01 folio)



Jessica Rojas Domínguez

Responsable Regional



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		FICHA DE ATENCIÓN		FICHA N° <u>010</u>	
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 pon X:	CONTIGO () CUNA MÁS () FONCODES () PAIS () PENSIÓN 65 () QALI WARMA () JUNTOS (X)			2.FECHA de REGISTRO:	03/09/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)					
3. Apellidos Nombres:	LISVETTE ROSAMERICA LINO SUAREZ		4. Documento-DNI:	71692712	
5. Sexo (Género):	Masculino () Femenino (X)		6. Fecha-Nacimiento:		
7. Es Usuario(a)?:	SI (X) Fecha Afiliación ___ / ___ / ___	NO ()	8. Tiempo Residencia:	() MESES	
9. Correo Electrónico:	-----		10. Telef. Personal:	959036841	
11. Institución/Cargo:	USUARIA		12. Telf. Institucional:		
13. Departamento:	JUNIN		14. Provincia:	JAUJA	
15. Distrito:	SAN PEDRO DE CHUNAN		16. CCPP/Dirección:	SAN PEDRO DE CHUNAN	
II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:				17.FECHA OCURENCIA:	<u>10/04/2021</u>
A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:					
18. Departamento:	JUNIN		19. Provincia:	JAUJA	
20. Distrito:	SAN PEDRO DE CHUNAN		21. CCPP/Dirección:	SAN PEDRO DE CHUNAN	
B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:					
22.	LOS HECHOS OCURRIDOS. CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?				
<p>Mediante llamada telefónica la Sr. Lisvette Rosameruca Lino Suarez, informo que desde que se inscribió en el "Apoyo Temporal para el Fortalecimiento del Desarrollo Infantil" en el marco del Decreto de Urgencia N.º 095-2020; al ser afiliada el operador de programa le informó que para recibir el subsidio económico de S/.200.00 soles bimestrales, el compromiso de su hogar sería llevar a su menor hijo al EESS donde se atiende para recibir vacunas de rotavirus, neumococo y suplementación de hierro. Sin embargo, a la fecha solo ha recibido un depósito pese a haber cumplido con la corresponsabilidad en salud tal como se muestra en los documentos remitidos por watsap. Cabe resaltar que se reviso el aplicativo MI JUNTOS, y realmente muestra un solo depósito.</p>					
23.TIPO d ATENCIÓN:	Consulta () Sugerencia () Pedido () Reclamo () Queja (X) Denuncia ()			24.TOTAL FOLIOS:	
25.Dctos. ADJUNTOS:	Memorial () Informe (X) Oficio () Constancia () Certificado () Partida Nacmto () Copia DNI () DJ () Otros (X)				
26.OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
NOMBRES APELLIDOS: ROJAS DOMINGUEZ JESSICA			NOMBRES APELLIDOS: LISVETTE ROSAMERICA LINO SUAREZ		
DNI: <u>20072336</u> CARGO: <u>RESPONSABLE REGIONAL</u>			DNI: <u>71692712</u> CARGO: <u>USUARIA</u>		

2. Captura de pantalla de la Consulta Aplicativo “Mi Juntos” (02 folios)

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

MI JUNTOS Salir

Lisvette Rosamerica,

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

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

MI JUNTOS Abonos Datos del Hogar

Titular del Hogar: LINO SUAREZ LISVETTE ROSAMERICA

Fecha de afiliación al Programa Juntos: 24/10/2020

Abonos

#	Punto de abono	Dirección de abono	Monto		Motivo No abono
			Mes 1	Mes 2	
1	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JAUJA	Jr. Ayacucho N° 878, Dist. Y Prov. Jauja, Dpto. Junín	0*	0*	
2	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JAUJA	Jr. Ayacucho N° 878, Dist. Y Prov. Jauja, Dpto. Junín	0	0	
3	MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE JAUJA	Jr. Ayacucho N° 878, Dist. Y Prov. Jauja, Dpto. Junín	100	100	

* El abono corresponde al cumplimiento de responsabilidades de los meses de mayo y junio 2021.

Recibidos (1) - junin.mctvcp Peru | (1) WhatsApp | Mi Juntos

intranet.juntos.gob.pe/mijuntos1/motivoNoAbono/4452927/207

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Juntos

MI JUNTOS Abonos Datos del Hogar

Titular del Hogar: LINO SUAREZ LISVETTE ROSAMERICA
 Fecha de afiliación al Programa Juntos: 24/10/2020

Motivo No Abono

#	Motivo	Acción
1	SIN ABONO - SIN INFORMACION	SIN ABONO - SIN INFORMACION

Para mayor información, llamar a la Línea Gratuita 1880

16°C Nublado 12:53 7/09/2021

Recibidos (1) - junin.mctvcp Peru | (1) WhatsApp | Mi Juntos

intranet.juntos.gob.pe/mijuntos1/verDatosHogar/4452927

PERU Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social Juntos

MI JUNTOS Abonos Datos del Hogar

Titular del Hogar: LINO SUAREZ LISVETTE ROSAMERICA
 Fecha de afiliación al Programa Juntos: 24/10/2020

Miembros Objetivos

#	Apellidos y Nombres	Edad actual (años)	Estado
1	Miembro Objetivo	2	Activo

Miembros del Hogar

#	Apellidos y Nombres	Edad actual (años)	Estado
1	LINO SUAREZ LISVETTE ROSAMERICA	29	Activo

Para mayor información, llamar a la Línea Gratuita 1880

16°C Nublado 12:54 7/09/2021

3. Fotografías de la historia clínica del menor (1 folio)

CONSULTA

Fecha: 10/10/21 Hora: 12:00 Edad: 2A

DIAGNOSTICO

Motivo de consulta: *Mucha diarrea de 10 días, vómitos de 1 día con vómitos de 1 día por 3 días*

Examen físico

Signos vitales: T° 38.5, FC 120, FR 24, PA 100/70, SaO₂ 98%

Al examen físico: niño sano, no febril, sin tos, sin ruidos anormales en pulmones, abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin vómitos, ni diarrea.

Diagnóstico

1. Diagnóstico Nosológico e Síndromico

1. *Coronemia Normal*

2. *Desarrollo Normal*

4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo

1. *Alta ingesta de agua*

2. *Alta ingesta de leche*

3. *Alta ingesta de azúcar*

2. Condición del crecimiento y estado Nutricional

Crecimiento adecuado Crecimiento inadecuado

Riesgo Nutricional: P/B T/E P/T

3. Diagnóstico del Desarrollo

Normal Riesgo de retraso del desarrollo

Deficit del desarrollo según PE

Trastorno del Desarrollo

Observaciones

Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño

Alta y consumo con la leche materna, agua hervida con sal, cambio de dieta con 1/2 litro de leche.

Referencia (lugar y motivo)

Próxima cita: 10/10/21 Atendido por: *[Firma]*

Observación: Firma y Sello: *[Sello]* Colegio profesional DNI: *[DNI]*

CONSULTA

Fecha: 10/10/21 Hora: 12:00 Edad: 2A

DIAGNOSTICO

Motivo de consulta: *Mucha diarrea de 10 días de vómitos*

Examen físico

Signos vitales: T° 38.5, FC 120, FR 24, PA 100/70, SaO₂ 98%

Al examen físico: niño sano, no febril, sin tos, sin ruidos anormales en pulmones, abdomen blando, sin dolor a la palpación, sin vómitos, ni diarrea.

Diagnóstico

1. Diagnóstico Nosológico e Síndromico

1. *Desarrollo Normal*

2. *Desarrollo Normal*

4. Factores condicionantes de la salud, nutrición y desarrollo

1. *Alta ingesta de agua*

2. *Alta ingesta de leche*

3. *Alta ingesta de azúcar*

2. Condición del crecimiento y estado Nutricional

Crecimiento adecuado Crecimiento inadecuado

Riesgo Nutricional: P/B T/E P/T

3. Diagnóstico del Desarrollo

Normal Riesgo de retraso del desarrollo

Deficit del desarrollo según PE

Trastorno del Desarrollo

Observaciones

Acuerdos y compromisos negociados con la madre y/o cuidador del niño

Alta y consumo con la leche materna, agua hervida con sal, cambio de dieta con 1/2 litro de leche.

Referencia (lugar y motivo)

Próxima cita: *[Firma]* Atendido por: *[Firma]*

Observación: Firma y Sello: *[Sello]* Colegio profesional DNI: 4433153

Nº DE HISTORIA CLINICA

4. Carnet de vacunación del menor.

CITA : 08/04/2020

PERU

Ministerio de Salud

HOSPITAL DOMINGO DE LA CRUZ

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

cita :

CRIO

10-08-21

10-11-21

12-03-21 (Sulfato foma)

CONTROL VACUNA OTRO

09-08-2019

09-08-2019

CONTROL VACUNA OTRO

09-08-2019

09-08-2019

BCG (TUBERCULOSIS) (RM)

09 MAY 2019

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RM)

09 MAY 2019

ANTIPOLIO	2ª dosis (4 meses) INY IPV	3ª dosis (6 meses) ORAL-APD
1ª dosis (2 meses) INY IPV	09/07/19	09/09/19
	09/09/19	15/11/19
PENTAVALENTE (DPT + Hib + HVB)		
1ª dosis (2 meses)	09/07/19	09/09/19
	09/09/19	15/11/19
NEUMOCOCCO		
1ª dosis (2 meses)	09/07/19	09/09/19
	09/09/19	11/5/2020
ROTAVIRUS		
1ª dosis (2 meses)	09/07/19	09/09/19
	09/09/19	09/09/19
INFLUENZA		
1ª dosis (7 meses)	04/01/2020	2ª dosis (8 meses)
	04/01/2020	10/02/2020
1 Año	2 Años	3 Años
	17/06/21	
SPR (SARAMPION, PAPER, RUBEOLO)		ANTIAMARILICA (15 meses)
1ª dosis (12 meses)	2ª dosis (18 meses)	26-11-2020
10/05/2020	26/1/21	10/05/2020
REFUERZOS		
1ª Ref. DPT (18 meses)	2ª Ref. DPT (4 años)	
26-11-2020		
1ª Ref. Antipolio (Oral 18 meses)	2ª Ref. Antipolio (Oral 4 años)	
26-11-2020		
OTRAS VACINAS		

1ª dosis Varicela 10/05/2020