



# Expediente N°2021-0061657

**Remitente:**

CIUDADANO - VILLAVERDE NICOLAS ELVIS RAUL - DNI: 46488402

**Destinatario:**

c/copia:

**N° de Folios:**

UTMADI

1

**Recibido:**

**N° Anexos:**

17/12/2021 - 17:06

**Referencia:**

**Registrador:**

TAMAYO CAIMACHI MONICA

Consultas: <https://www.cunamas.gob.pe/>

Teléfonos: (51)(01)748 -2000

**Nota: La recepción NO da conformidad al contenido.**



**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL MADRE DE DIOS**

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

Madre de Dios, 17 de diciembre de 2021

**OFICIO N° 092-2021-CTVC/MADRE DE DIOS**

Señor(a):

**Elmez Honocc Bonifacio**

Jefe de la Unidad Territorial Madre de Dios.  
Programa Nacional CUNA MÁS.

**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 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 realizada los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO<sup>1</sup>

- CASO N° 079-2021-CTVC/MAD

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



**ELVIS R. VILLAVERDE NICOLAS**  
Responsable Regional Sede Regional Madre de Dios  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

---

<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 CONDICION 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 Loreto N° 171 (Oficina de la Mesa de Concertación) - Puerto Maldonado.**

**Celular: 984038515**

**Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [madrededios.rrctvcperu@gmail.com](mailto:madrededios.rrctvcperu@gmail.com)**

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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                                      |  |                                                              |  |                                                                         |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------|--|
| Telf. de MDD: 984038515<br>Telf. Nacional: 994432338                                 |  | <b>CASO</b>                                                  |  | N° 079-2021-CTVC/MAD                                                    |  |
| <b>PROGRAMA SOCIAL:</b>                                                              |  | CUNA MAS                                                     |  | <b>1. FECHA DE REGISTRO:</b> 17/12/2021                                 |  |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |  |                                                              |  |                                                                         |  |
| <b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>                                                         |  | GARBOZO SARMIENTO IRENE VICENTA                              |  | <b>3. NÚMERO-DNI:</b> 25569903                                          |  |
| <b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>                                                   |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-IÑAPARI |  | <b>5. CARGO:</b> SECRETARIA                                             |  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |  |                                                              |  | <b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b> 13/12/2021                               |  |
| <b>7. DEPARTAMENTO:</b>                                                              |  | MADRE DE DIOS                                                |  | <b>8. PROVINCIA:</b> TAHUAMANU                                          |  |
| <b>9. DISTRITO:</b>                                                                  |  | IÑAPARI                                                      |  | <b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b> IÑAPARI                                      |  |
| <b>11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA</b>                                     |  | PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS         |  | <b>12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?</b> 73596475-FACILITADORA |  |
| <b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>                                                    |  | 1                                                            |  | <b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b> 01 PUNTO CRÍTICO                |  |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |  |                                                              |  |                                                                         |  |

En el marco de las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, se realizó la entrevista a la Sra. Mariana Hurtado Tuero, facilitadora del Comité de Gestión “Las Tres Fronteras”, evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. PROGRAMA NO PAGA PUNTUALMENTE EL INCENTIVO MONETARIO AL ACTOR COMUNAL.** la Sra. Mariana Hurtado Tuero es Facilitadora en el Comité de Gestión Las Tres Fronteras, señala que el Programa no le estaría pagando puntualmente el incentivo monetario que le correspondería, asegura que el pago del mes de octubre le pagaron con 20 días de retraso, y que, el pago correspondiente al mes de noviembre aun no le pagan hasta el día 13/12/2021 (día en que se recoge la información). Esta situación no guardaría concordancia con lo establecido en la RDE 472-2021-MIDIS/PNCM-DE “Plan Anual de Inclusión Financiera 2021- Programa Nacional Cuna Más en el numeral 6.3 y literal e) abono de incentivo monetario, donde indica que:

“(...)

*Las Unidades Territoriales y Oficinas de Coordinación Territorial son responsables de realizar las acciones pertinentes para que los abonos se encuentren oportunamente en las cuentas bancarias de los actores comunales, la Coordinación Técnica queda a cargo del seguimiento a las Unidades Territoriales.*

(...)”

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

A fin de dar cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más, se sugiere lo siguiente:

- Realizar seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión a fin de gestionar el pago oportuno a los actores comunales.

- b) Verificar el punto crítico alertado, y dar respuesta en los plazos que establece la norma.

**V. ANEXOS: (Total de páginas/fólios: 01)**

1. Anexo 01: Copia de la Ficha de Atención N° A-012-2021-MAD-C (01 folio)



ELVIS R. VILLAVERDE NICOLAS  
Responsable Regional Sede Regional Madre de Dios  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Anexo 01: Copia de la Ficha de Atención N° A-012-2021-MAD-C (01 folio)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|--|
| COMITÉ DE TRANSPARENCIA<br>Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | <b>FICHA DE ATENCIÓN</b>                                                                                             |                                                                                        | FICHA N° A-012-2021-MAD-C         |  |
| 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<br>-LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
| 1.PROGRAMA por X:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | JUNTOS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) CUNA MÁS ( X ) FONCODES ( )                                                 |                                                                                        | 2.FECHA de REGISTRO: 17/12/2021   |  |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
| 3. Apellidos Nombres:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  | IRENE VICENTA GARBOZO SARMIENTO                                                                                      |                                                                                        | 4. Documento-DNI: 25569903        |  |
| 5. Sexo (Género):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | Masculino ( ) Femenino ( X )                                                                                         |                                                                                        | 6. Fecha-Nacimiento:              |  |
| 7. Es Usuario(a)?:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | SI ( ) Fecha Afiliación ____/____/____ NO ( X )                                                                      |                                                                                        | 8. Tiempo Residencia: ( - ) MESES |  |
| 9. Correo Electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                                                      |                                                                                        | 10. Teléf. Personal:              |  |
| 11. Institución/Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | CLTV C IÑAPARI                                                                                                       |                                                                                        | 12. Telf. Institucional:          |  |
| 13. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | MADRE DE DIOS                                                                                                        |                                                                                        | 14. Provincia: TAHUAMANU          |  |
| 15. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | IÑAPARI                                                                                                              |                                                                                        | 16. CCPP/Dirección: IÑAPARI       |  |
| II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                      |                                                                                        | 17.FECHA OCURRENCIA: 13/12/2021   |  |
| A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
| 18. Departamento:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  | MADRE DE DIOS                                                                                                        |                                                                                        | 19. Provincia: TAHUAMANU          |  |
| 20. Distrito:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | IÑAPARI                                                                                                              |                                                                                        | 21. CCPP/Dirección: IÑAPARI       |  |
| 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 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> <p>La Secretaria del CLTV C Iñapari Sra. Irene Vicenta Garbozo Sarmiento identificada con DNI N° 25569903, en el marco de sus funciones recoge la queja de una actora comunal; la Sra. Mariana Hurtado Tuero, quien es Facilitadora en Comité de Gestión Las Tres Fronteras, en tanto la facilitadora señala que el Programa no le estaría pagando puntualmente el incentivo monetario que le correspondería, asegura que el pago del mes de octubre le pagaron con 20 días de retraso, y que, el pago correspondiente al mes de noviembre aun no le pagan hasta el día de hoy (13/12/2021).</p> |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
| 23.TIPO d ATENCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( ) Reclamo ( ) Queja ( X ) Denuncia ( x )                                        |                                                                                        | 24.TOTAL FOLIOS: 01               |  |
| 25. Dctos. ADJUNTOS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  | Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida Nacmto ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( ) |                                                                                        |                                   |  |
| 26.OBSERVACIONES:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                      |                                                                                        |                                   |  |
| NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR<br>(MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                                                      | NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó<br>INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL |                                   |  |
| <p>NOMBRES APELLIDOS: IRENE VICENTA GARBOZO SARMIENTO</p> <p>DNI: 25569903 CARGO: SECRETARIA</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                      | <p>NOMBRES APELLIDOS:</p> <p>DNI: CARGO:</p>                                           |                                   |  |