

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

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

Ica, 01 de diciembre del 2021.

**OFICIO N° 041-2021-CTVC/ICA**

Señor:

**YACKZON FROILAN YNGA VIDAL**

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional CUNA MÁS

**Presente.** -

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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)<sup>1</sup>:

- CASO N° 101-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 102-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 103-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 104-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 105-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 106-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 107-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 108-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 109-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 110-2021-CTVC/ICA

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.



.....  
**Jhony Rojas Inga**  
Responsable Regional

<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

Calle Tacna N° 150, 1er piso Oficina N° 11 Ica.

Celular: 942159108

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

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

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. ICA: 942159108  
Telf. LIMA: 945095602

**CASO**

**N° 109-2021-CTVC/ICA**

|                                                                 |  |                                                                            |                                                              |                                |                           |
|-----------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------|---------------------------|
| <b>PROGRAMA SOCIAL:</b>                                         |  | <b>CUNA MAS</b>                                                            | <b>1. FECHA DE REGISTRO:</b>                                 |                                | <b>10/11/2021</b>         |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>                     |  |                                                                            |                                                              |                                |                           |
| <b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>                                    |  | ROJAS INGA JHONY                                                           | <b>3. NÚMERO-DNI:</b>                                        |                                | 23272657                  |
| <b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>                              |  | EQUIPO TECNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | <b>5. CARGO:</b>                                             |                                | RESPONSABLE REGIONAL      |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>                             |  |                                                                            |                                                              | <b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b> |                           |
| <b>7. DEPARTAMENTO:</b>                                         |  | ICA                                                                        | <b>8. PROVINCIA:</b>                                         |                                | ICA                       |
| <b>9. DISTRITO:</b>                                             |  | ICA                                                                        | <b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>                                   |                                | BELLAVISTA MZ. E - LOTE 5 |
| <b>11. PROCESO:</b>                                             |  | PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO                                  | <b>12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?</b> |                                | 29091305 MADRE CUIDADORA  |
| <b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>                               |  | 1                                                                          | <b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS</b>                       |                                | 2                         |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b> |  |                                                                            |                                                              |                                |                           |

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia a la prestación de los servicios del Programa Nacional Cuna Más en contextos no presenciales, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Sonia Palomino García, madre cuidadora en el Comité de Gestión (CG) "Virgen de Chapi de Tepro Alto", en el cual se registran los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO REALIZA RECARGAS TELEFONICAS A ACTOR COMUNAL.** En la entrevista realizada la madre cuidadora refiere que aún no ha recibido la recarga telefónica para sus actividades, indica que está cumpliendo sus actividades con su propio saldo de datos de su celular. Esta situación podría contravenir lo establecido en la RDE\_0766-2021-MIDIS-PNCM en el punto 5.6. Dotación de Recursos para gastos de comunicación móvil para Actores Comunales, donde indica que para la implementación de estas actividades se realiza la dotación de recursos para los gastos de comunicación móvil dirigido a los actores comunales de ambos servicios del programa, la cual se realiza de forma mensual.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA AL ACTOR COMUNAL IMPLEMENTOS DE PROTECCIÓN PARA LA COVID - 19.** Al ser entrevistada la madre cuidadora manifiesta que al no recibir respuestas de las llamadas telefónicas de algunas familias usuarias debido al cambio del número de sus celulares, se ve en la necesidad de acudir a su domicilio para actualizar su directorio, por lo que estaría requiriendo implemento de protección para la COVID – 19.

## IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Nacional 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 establece en la cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Mayor seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión para la asignación oportuna de las recargas telefónicas y material de protección para el covid 19 a actores comunales para el desarrollo de sus actividades, lo cual evite el perjuicio de su economía.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

## V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02 folios)

- Anexo 1: Copia Ficha de Vigilancia V-142-2021-ICA-C (folio 1)



**Jhony Rojas Inga**  
Responsable de Regional

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                          |                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|---------------------------|
| Teléfono Regional: 942159108<br>Teléfono Nacional: 945095602                                                                                            |                                                                                                                                                               | FICHA DE VIGILANCIA<br>ACTOR COMUNAL-SCD-CUNA MÁS                                            |                                                                                                                                                       | CODIGO N° V-142-2021-ICA-C  |                           |
| SEDE REGIONAL ICA<br>PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES                                            |                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 1                                                                                                                                                       | FECHA de la entrevista:                                                                                                                                       | 08/11/2021                                                                                   | 2                                                                                                                                                     | HORA de la entrevista:      | INICIAL 19:20 FINAL 19:35 |
| DATOS GENERALES DEL ACTOR COMUNAL a quien se le entrevista.                                                                                             |                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 3                                                                                                                                                       | DNI del Actor Comunal:                                                                                                                                        | 29091305                                                                                     | 4                                                                                                                                                     | NOMBRE y APELLIDOS:         | Sonia Palomino Garcia     |
| 5                                                                                                                                                       | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                 | ICA                                                                                          | 6                                                                                                                                                     | PROVINCIA:                  | Ica                       |
| 7                                                                                                                                                       | DISTRITO:                                                                                                                                                     | Subtanjalla                                                                                  | 8                                                                                                                                                     | CCPP/Barrio/Dirección:      | Bellavista Mz. E - Lote 5 |
| 9                                                                                                                                                       | EDAD del Actor Comunal:                                                                                                                                       | 43                                                                                           | 10                                                                                                                                                    | TIEMPO que ejerce el cargo: | 2 años                    |
| 11                                                                                                                                                      | CARGO del Actor Comunal:                                                                                                                                      | a) Madre guía ( ) b) Madre cuidadora ( X ) c) Guía de familia ( )                            |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 12                                                                                                                                                      | LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:                                                                                                                     | Tepro Alto                                                                                   |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 13                                                                                                                                                      | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                                                                    | Virgen de Chapi de Tepro Alto                                                                |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 14                                                                                                                                                      | IDIOMA que usa más (idioma predominante):                                                                                                                     | a) Español ( X ) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros: _____ |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES COMUNALES CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS                                           |                                                                                                                                                               |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 15                                                                                                                                                      | ¿Tiene 10 familias a su cargo?                                                                                                                                |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 16                                                                                                                                                      | Si la respuesta es no, señale cuántas familias tiene a su cargo: 4 Familias                                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 17                                                                                                                                                      | ¿La semana pasada envió orientaciones (mensaje de texto u otro medio) para el cuidado de su hijo/a a TODAS sus familias a cargo?                              |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 17.1                                                                                                                                                    | Si la respuesta es NO, diga por qué:                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 18                                                                                                                                                      | ¿La semana pasada se comunicó al menos una vez telefónicamente con TODAS sus familias a cargo?                                                                |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 18.1                                                                                                                                                    | Si la respuesta es NO, diga por qué:                                                                                                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 19                                                                                                                                                      | Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más:                                |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
|                                                                                                                                                         | a) Lactancia materna b) suplementación con hierro c) Lavado de manos d) Uso y consumo de agua segura e) Asistencia oportuna a Controles CRED/vacunas f) Otros |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             | NS/NR                     |
| 19.1                                                                                                                                                    | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 20                                                                                                                                                      | En el mes pasado ¿Recibió su incentivo monetario oportunamente?                                                                                               |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 21                                                                                                                                                      | Para el presente mes ¿Recibió recargas telefónicas para realizar sus actividades con las familias?                                                            |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 22                                                                                                                                                      | El mes anterior ¿Recibió orientaciones de su acompañante técnico?                                                                                             |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 23                                                                                                                                                      | Cómo valora las orientaciones del acompañante técnico                                                                                                         |                                                                                              | Muy Buena                                                                                                                                             | Buena                       | Mala                      |
| 24                                                                                                                                                      | ¿Sobre qué temas le gustaría capacitarse, para fortalecer su trabajo como madre cuidadora/guía de familia?                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             | NS/NR                     |
|                                                                                                                                                         | Cuidado de los niños, el trato como cuidar cuando se enferman.                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 25                                                                                                                                                      | Le capacitaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19                                                                                                   |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 26                                                                                                                                                      | En los últimos dos meses el programa le ha entregado materiales de protección COVID 19 (mascarilla KN95, guantes, toalla o redcilla, cubre zapatos)           |                                                                                              | SI                                                                                                                                                    | NO                          | NS/NR                     |
| 26.1                                                                                                                                                    | Si la respuesta es no, señale los motivos:                                                                                                                    |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
|                                                                                                                                                         | No se los motivos. Cuando ya no me contestan las mamás, acudí a su a a ver el porque no contestan y animarlas para que reciban las consejerías.               |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| 28                                                                                                                                                      | En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?                                                                            |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
|                                                                                                                                                         | a) Lavado de manos ( X ) b) Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento-1.5metros ( ) Ninguna ( ) Otros: Uso de alcohol                                          |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             | NS/NR                     |
| 29                                                                                                                                                      | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?                                                                                                 |                                                                                              | a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( X ) c) Ninguna ( )                                                                                            |                             | NS/NR                     |
| 29.1                                                                                                                                                    | Si la respuesta es ninguna, Diga por qué                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                       |                             |                           |
| DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO<br>DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |                                                                                                                                                               |                                                                                              | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL<br>DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |                             |                           |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                    | Jhony Rojas Inga                                                                                                                                              | Nombres y Apellidos:                                                                         | Jhony Rojas Inga                                                                                                                                      |                             |                           |
| DNI:                                                                                                                                                    | 23272657                                                                                                                                                      | DNI:                                                                                         | 23272657                                                                                                                                              |                             |                           |
| Cargo:                                                                                                                                                  | Responsable Regional                                                                                                                                          | Cargo:                                                                                       | Responsable Regional                                                                                                                                  |                             |                           |
| Correo electrónico:                                                                                                                                     | ica.rctvcperu@gmail.com                                                                                                                                       | Correo electrónico:                                                                          | ica.rctvcperu@gmail.com                                                                                                                               |                             |                           |
| Teléfono:                                                                                                                                               | 942159108                                                                                                                                                     | Teléfono:                                                                                    | 942159108                                                                                                                                             |                             |                           |