

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL CAJAMARCA**  
“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Cajamarca, 12 de Mayo de 2021

**OFICIO N° 070-2020-CTVC/CAJAMARCA**

Señora.  
**Silvia Carolina Valdivieso Riboty**  
Jefa de la Unidad Territorial Cajamarca  
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 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° 128-2021-CTVC/CAJ

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



**Liliana Maritza Hernández Villanueva**  
**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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA : 942160511	CASO	N° 128-2021-CTVC/CAJ
---	------	----------------------

<b>PROGRAMA SOCIAL:</b>	<b>CUNA MÁS</b>	<b>1. FECHA DE REGISTRO:</b>	<b>10/05/2021</b>
-------------------------	-----------------	------------------------------	-------------------

### I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

<b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b>	HERNÁNDEZ VILLANUEVA LILIANA MARITZA	<b>3. NÚMERO-DNI:</b>	71888923
<b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN</b>	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	<b>5. CARGO:</b>	RESPONSABLE REGIONAL

### II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

<b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b>		<b>10/05/2021</b>	
<b>7. DEPARTAMENTO:</b>	CAJAMARCA	<b>8. PROVINCIA:</b>	JAÉN
<b>9. DISTRITO:</b>	JAÉN	<b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>	PEDRO CORNEJO NEYRA 520
<b>11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA</b>	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	<b>12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/VEEDURÍA?</b>	USUARIA
<b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b>	01	<b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b>	02

### III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

Durante las acciones de veeduría vigilancia a la Prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Adriana Esthefany Romero Alverca con DNI 75059005, madre de un menor usuario del PNCM, del distrito de Jaén, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **HOGAR NO RECIBE MENSAJES DE TEXTO TODOS LOS DÍAS DE LA SEMANA PASADA.** Madre del usuario manifestó que a la fecha no ha recibido mensajes de texto de información, orientación y consejería por parte de la facilitadora. Esta situación estaría contraviniendo la RDE 018-2021-MIDIS/PNCM del ítem 5.4.2. Actividades del Acompañamiento Familiar no presencial, que a letra señala *“a) la información y orientación consiste en abordar contenidos a las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje de la madre, padre o cuidador principal para favorecer el desarrollo infantil temprano y de manera complementaria sensibilizar para la prevención de la COVID 19, salud mental y prevención de la violencia que se realiza a través de mensajes por medios digitales”.*
  
2. **HOGAR NO RECIBIÓ CONSEJERÍA TELEFÓNICA LA SEMANA PASADA.** Madre del usuario manifestó que a la fecha no ha recibido consejería telefónica por parte de la facilitadora. Esta situación estaría contraviniendo la RDE 018-2021-MIDIS/PNCM del ítem 5.4.2. Actividades del Acompañamiento Familiar no presencial, que a letra señala *“b) la consejería telefónica consiste en dar acompañamiento sostenido a las familias usuarias, mediante una llamada telefónica una vez por semana, con una duración entre 15 y 20 minutos, el día y hora establecido por acuerdo previo con la familia. Está a cargo del actor comunal previamente capacitado”.*

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del en contextos no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad.
  
- Reforzar la asistencia técnica para garantizar que los actores comunales brinden información, orientación y consejería mediante mensajes de texto/ mensajes WhatsApp a las madres de los usuarios.
  
- Sugerimos al programa Cuna Más realice las indagaciones respectivas de los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de emisión de Alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as del programa.

**V. ANEXOS: (Total de páginas: 03 folios)**

1.- Ficha de Vigilancia V- 108-2021-CAJ-C (1 folios).

The image shows a handwritten signature in blue ink on the left and a circular official stamp on the right. The stamp contains the text "COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA REGIONAL CAJAMARCA" around the perimeter and "SEDE REGIONAL CAJAMARCA" in the center.

**Liliana Maritza Hernández Villanueva**  
**Responsable Regional**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155526  
Teléfono Nacional: 942160511

### FICHA DE VIGILANCIA

CODIGO N° V-108-2021-CAJ-C

**SEDE REGIONAL CAJAMARCA**  
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES  
SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS

1. Fecha de la entrevista: 10/05/2021	2. Hora de la entrevista: INICIAL 15:00 FINAL 15:16
3. DEPARTAMENTO: CAJAMARCA	4. PROVINCIA: JAEN
5. DISTRITO: JAEN	6. CCPP/Barrio/Dirección:

#### SECCION II. PREGUNTAS DIRIGIDAS A LA FAMILIA

7	Nombre del Cuidador Principal entrevistado: ADRIANA ESTHEFANY ROMERO ALVERCA	Hace cuánto tiempo su hijo es usuario del programa: 6 MESES
8	El Cuidador Principal del niño es: Madre ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Padre ( <input type="checkbox"/> ) Otros ( <input type="checkbox"/> ) Precise: _____	
9	En su hogar, hay niños/as menores de 3 años de edad	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
10	En su hogar, los niños/as menores de 3 años, cuentan con DNI	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
11	En su hogar, los niños/as menores de 3 años, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
12	En su hogar, los niños/as menores de 3 años están afiliados a algún seguro en salud (SIS, ESSALUD, otros)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
13	En su hogar, hay alguna mujer gestante	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
14	A su hijo le han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
15	A su hijo le viene dando algún tipo de micronutriente (chispitas, hierro)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
16	¿Usted conoce al facilitador/a de Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
17	Señale su nombre: Leydi	
18	El facilitador/a ha visitado su hogar al menos una vez el mes anterior	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
19	Todos los días de la semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño por mensaje de texto, radio o altoparlante de parte del facilitador/a?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
20	Cómo valora usted estas orientaciones	Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo
21	La semana pasada, ¿recibió consejería telefónica - llamada telefónica personalizada sobre el cuidado de su niño/a de parte del facilitador/a?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
22	Cómo valora usted esta consejería	Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo
23	La consejería telefónica - llamada telefónica duró entre: 15 a 20 minutos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NA <input type="checkbox"/> NSNR
24	A la fecha, ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón, toalla, balde, mascarillas?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
25	A la fecha, ¿recibió materiales educativos o juguetes como: almohaditas, cubos, vasos lógicos, linternas, pelota u otros similares?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
26	En las visitas a su hogar el facilitador/a usa mascarilla para la protección contra el COVID 19	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
27	¿El facilitador/a le brinda un buen trato a su niño/a y a usted en todo momento?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
28	Cómo valora el trato del facilitador durante la visita	Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo
29	¿Está satisfecho/a con las visitas del facilitador/a?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
30	Cómo valora las visitas del facilitador	Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo
31	¿El facilitador/a le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
32	¿El facilitador/a usa políticamente el programa Cuna Más para favorecer algún candidato?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
33	¿El facilitador/a le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
34	¿El facilitador/a le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	<input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NSNR
35	<b>OBSERVACIONES (o dificultades)</b> La Sra. Adriana manifiesta que no conoce de manera personal a la facilitadora, pues le ha indicado que iba a verla los fines de semana, ya que de lunes a viernes no tiene tiempo pues estudia. Así mismo indica que no sabe como se llama su Comité de Gestión. No ha recibido el balde que es parte del kit de higiene y protección.	

#### 36 RECOMENDACIONES

DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN
Nombre y Apellidos: LILIANA MARITZA HERNANDEZ VILLANUEVA	Nombre y Apellidos: LILIANA MARITZA HERNANDEZ VILLANUEVA
DNI: 71888923	DNI: 71888923
Cargo: RESPONSABLE REGIONAL	Cargo: RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico: cajamarca.mctvperu@gmail.com	Correo electrónico: cajamarca.mctvperu@gmail.com
Teléfono: 942155526	Teléfono: 942155526