

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
UNIDAD TERRITORIAL AYACUCHO**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Ayacucho, 29 de noviembre de 2021

**OFICIO N° 074-2021-CTVC/AYACUCHO**

Señor:

**Ericzon Almeida Pablo**

Jefe (e) de la Unidad Territorial – Ayacucho

Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

**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° 175-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 176-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 177-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 178-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 179-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 180-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 181-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 182-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 183-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 184-2021-CTVC/AYA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

---

<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  
UNIDAD TERRITORIAL AYACUCHO**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Atentamente,

  
.....  
**Luis Cancho Cuba**  
Responsable Regional



## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                                      |  |                                                      |  |                                                            |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------|--|
| Telf. U.T. AYACUCHO: 942155687<br>Telf. SEDE LIMA : 942160511                        |  | CASO                                                 |  | N° 180-2021-CTVC/AYA                                       |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     |  | CUNA MÁS                                             |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 05/11/2021                           |  |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |  |                                                      |  |                                                            |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                |  | PILLIHUAMAN FLORES PASTOR MARCIAL                    |  | 3. NÚMERO-DNI: 41924278                                    |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA |  | 5. CARGO: FISCAL                                           |  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |  |                                                      |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 05/11/2021                         |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     |  | AYACUCHO                                             |  | 8. PROVINCIA: HUANCASANCOS                                 |  |
| 9. DISTRITO:                                                                         |  | CARAPO                                               |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: CARAPO                                 |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            |  | SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS                |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA? 46149466-CUIDADOR PRINCIPAL |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           |  | 01 Hogar Usuario                                     |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico          |  |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |  |                                                      |  |                                                            |  |

Mediante Ficha de Vigilancia V-343-2021-AYA-C, se realizó la entrevista a la señora Lucilda Chipana Checnes, cuidadora principal del hogar usuario del Comité de Gestión Manchiri, quien refirió lo siguiente:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.**  
 Durante la entrevista la señora Lucinda Chipana manifestó que desde inicio del presente año hasta el día de la entrevista aún no habría recibido ningún material que corresponde al Kit de Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT: 2 juguetes + 2 cuentos), hecho que limitaría la promoción del juego y aprendizaje infantil durante los momentos de juego dentro del período de atención no presencial, tal como lo señala el numeral 5.7.1. *Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT)* de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM-DE “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”, que indica “(...) *El kit DIT comprende materiales educativos variados y versátiles; como juguetes y cuentos para niñas y niños; organizados según grupo etario, con la finalidad de que ellos/as usen los materiales en casa durante sus momentos de juego, en el período de atención no presencial (...).*”. Precisar que para el caso del Servicio de Acompañamiento a Familia el grupo etario para la entrega del kit DIT es desde el nacimiento del menor. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

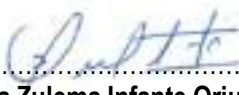
Cabe resaltar que la entrevista se realizó respetando el distanciamiento en el marco de la emergencia sanitaria.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más, el Comité de Gestión y los Actores Comunales garanticen el cumplimiento de lo dispuesto en la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”.
- Que el programa Cuna Más y el Comité de Gestión garantice con la entrega oportuna de los diferentes materiales señalados en la norma técnica de atención.

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

Ficha de Vigilancia N° V-343-2021-AYA-C (02 folios).

  
.....  
**Tania Zulema Infante Oriundo**  
Responsable de Campo

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|---|----------------------------|---------------------------|----|-------|
| Teléfono Regional: 942155687                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>FICHA DE VIGILANCIA</b><br><b>HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS</b> |   | CODIGO N° V-343-2021-AYA-C |                           |    |       |
| SEDE REGIONAL AYACUCHO<br>PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   | SI                         | NO                        |    |       |
| (si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 1                                                                                                                                                 | FECHA de la entrevista:                                                                                                                                                                                                                                                      | 05/11/2021                                                      | 2 | HORA de la entrevista:     | INICIAL 11:00 FINAL 11:20 |    |       |
| <b>I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.</b>                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 3                                                                                                                                                 | DNI del Cuidador Principal:                                                                                                                                                                                                                                                  | 46149466                                                        | 4 | NOMBRE y APELLIDOS:        | LUCILDA CHIPANA CHECNES   |    |       |
| 5                                                                                                                                                 | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                | AYACUCHO                                                        | 6 | PROVINCIA:                 | HUANCASANCOS              |    |       |
| 7                                                                                                                                                 | DISTRITO:                                                                                                                                                                                                                                                                    | CARAPO                                                          | 8 | CCPP/Barrio/Dirección:     | HANAY BARRIO              |    |       |
| 9                                                                                                                                                 | PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: a) Madre ( <input checked="" type="checkbox"/> ) b) Padre ( <input type="checkbox"/> ) c) Otros ( <input type="checkbox"/> ) Precise: _____                                                                                    |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 10                                                                                                                                                | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: MANCHIRI                                                                                                                                                                                                                          |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 11                                                                                                                                                | IDIOMA que usa más (idioma predominante): a) Español ( <input checked="" type="checkbox"/> ) b) Quechua ( <input type="checkbox"/> ) c) Aymara ( <input type="checkbox"/> ) d) Ashaninka ( <input type="checkbox"/> ) e) Awajún ( <input type="checkbox"/> ) f) Otros: _____ |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| <b>II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS</b>                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 12                                                                                                                                                | Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 13                                                                                                                                                | Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 2 AÑOS Y 2 MESES                                                                                                                                                                                 |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 14                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI                                                                                                                                                                                                       |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 14 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 15                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)                                                                                                                                                                |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 16                                                                                                                                                | Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: OCTUBRE Niño 2: _____ Niño 3: _____                                                                                                                    |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 17                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)                                                                                                                                                          |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 17 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 18                                                                                                                                                | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 18 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 19                                                                                                                                                | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)                                                                                                                                                  |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 19 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 20                                                                                                                                                | ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?                                                                                                                                                                                                            |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 20 Señale su nombre: MARISOL BERROCAL QUISPE                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 21                                                                                                                                                | La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?                                                                                                                                                      |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 21 ¿La semana pasada, cuántos días recibí estos mensajes?: 3 DIAS X SEMANA                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 22                                                                                                                                                | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?                                                                                                                                               |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |
| 22 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 22 Cómo valora usted estas orientaciones: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 23                                                                                                                                                | Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 23 Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 24                                                                                                                                                | Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:                                                                                                                                                                                           |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| a) Antes de preparar los alimentos b) Antes de comer c) Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 24 Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                 |   |                            |                           |    |       |
| 25                                                                                                                                                | Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?                                                                                                                                                                                                                 |                                                                 |   |                            | SI                        | NO | NS/NR |

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155687  
Teléfono Nacional: 942160416

FICHA DE VIGILANCIA  
HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS

CODIGO N° V-343-2021-AYA-C

SEDE REGIONAL AYACUCHO  
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|----------|
| Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad                                                                               |                                                                                                                                             | SI                                | NO                                                                                                                                                    |                               |          |
| 26                                                                                                                                                      | El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)? | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 26                                                                                                                                                      | Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                             | Muy Bueno                         | Bueno                                                                                                                                                 | Malo                          | Muy malo |
| 27                                                                                                                                                      | A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?                     | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 27                                                                                                                                                      | Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                             | NA                                | Muy Bueno                                                                                                                                             | Bueno                         | Malo     |
| 27                                                                                                                                                      | ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?                                                                                  |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 28                                                                                                                                                      | Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?:                                                                     | Muy Bueno                         | Bueno                                                                                                                                                 | Malo                          | Muy malo |
| 29                                                                                                                                                      | Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?          | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 30                                                                                                                                                      | Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?                                    | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 30                                                                                                                                                      | Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:                                                                        | Muy Bueno                         | Bueno                                                                                                                                                 | Malo                          | Muy mal  |
| 30                                                                                                                                                      | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                      |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 31                                                                                                                                                      | En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?                                                          |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
|                                                                                                                                                         | a) Lavado de manos ( X ) b) Uso de mascarilla ( X ) c) Distanciamiento-1.5metros ( X ) Ninguna ( ) Otros                                    | NS/NR                             |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 32                                                                                                                                                      | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( X ) c) Ninguna ( )                    | NS/NR                             |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 32                                                                                                                                                      | Si la respuesta es Ninguna, diga por qué                                                                                                    |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 33                                                                                                                                                      | ¿ La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?                                                       | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 34                                                                                                                                                      | ¿ La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                     | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 35                                                                                                                                                      | ¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                             | SI                                | NO                                                                                                                                                    | NS/NR                         |          |
| 36                                                                                                                                                      | OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                              |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 37                                                                                                                                                      | RECOMENDACIONES                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       |                               |          |
| 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:                                                                                                                                    |                                                                                                                                             | PASTOR MARCIAL PILLIHUAMAN FLORES |                                                                                                                                                       | Nombres y Apellidos:          |          |
| DNI:                                                                                                                                                    |                                                                                                                                             | 41924278                          |                                                                                                                                                       | DNI:                          |          |
| Cargo:                                                                                                                                                  |                                                                                                                                             | FISCAL                            |                                                                                                                                                       | Cargo:                        |          |
| Correo electrónico:                                                                                                                                     |                                                                                                                                             | Pastorpillihuaman@gmail.com       |                                                                                                                                                       | Correo electrónico:           |          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       | TANIA ZULEMA INFANTE ORIUNDO  |          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       | 28317487                      |          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       | RESPONSABLE DE CAMPO          |          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                                                                             |                                   |                                                                                                                                                       | Ayacucho.1rctvcperu@gmail.com |          |