

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, 22 de noviembre de 2021

OFICIO N° 180-2021-CTVC/CAJAMARCA

Señora.

Silvia Carolina Valdivieso Riboty
Jefa de la Unidad Territorial Cajamarca
Programa Nacional Cuna Más
Presente. -

Asunto: Se ALERTAN nueve (9) 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)¹:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| • CASO N° 227-2021-CTVC/CAJ | • CASO N° 232-2021-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 228-2021-CTVC/CAJ | • CASO N° 233-2021-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 229-2021-CTVC/CAJ | • CASO N° 234-2021-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 230-2021-CTVC/CAJ | • CASO N° 235-2021-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 231-2021-CTVC/CAJ | |

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.

Atentamente



Wilfredo Cholan Rojas
Responsable Regional (E)

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

Jirón Los Sauces N° 558 – Urb. El Ingenio

Celular: 942155526

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cajamarca.rctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA: 942160511		CASO		N° 232-2021-CTVC/CAJ	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 28/10/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		WILFREDO CHOLÁN ROJAS		3. NÚMERO-DNI: 70679311	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE CAJAMARCA		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 28/10/2021	
7. DEPARTAMENTO:		CAJAMARCA		8. PROVINCIA: CAJAMARCA	
9. DISTRITO:		CHETILLA		10. CCPP/DIRECCIÓN: CASERÍO LA COLPA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? 40566627 – CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 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, el Comité Local de Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito Chetilla, el día 28/10/2021 en coordinación con el Equipo Técnico del CTVC – sede Cajamarca, realizaron la entrevista telefónica, a la Sra. Concepción Ruiton Sánchez, con DNI N° 40566627, madre del usuario del programa, perteneciente al **Comité de Gestión “Yach'ay Wasi”**, del distrito de Chetilla, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO TIENEN PRUEBA DE DESCARTE DE ANEMIA ESTE AÑO:** En la entrevista sostenida el día 28/10/2021 con la Sra. Concepción Ruiton Sánchez, madre del niño usuario, señaló que todavía no le sacan su prueba de descarte de anemia. En su próxima cita programada para el **02 de noviembre**, se tiene previsto realizar dicho tamizaje.

2. **NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO):** En la entrevista sostenida con la Sra. Concepción Ruiton Sánchez, refirió que NO le viene dando suplemento de hierro a su niño de 6 meses debido a que todavía no le sacan su prueba: **“después del tamizaje le indicaran”**, comentó. De acuerdo a lo establecido por el Programa Cuna Más en la RDE N°766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”, establece respecto a la suplementación con hierro que es una estrategia de intervención preventiva y terapéutica que promueve el Programa Cuna Más, a través de la promoción del consumo de hierro, con la finalidad de prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños usuarios del programa.
La norma en mención cita en su base legal a la Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 099-MINSA-2020-DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del Covid-19” que, en atención al punto alertado, señala en su numeral 6.2.4. y 6.2.5. el cumplimiento de la dosis estandarizada para situaciones de emergencia según sea el caso del esquema preventivo, y que en el numeral 6.2.2. Tabla N° 01 “estimación de dosis estandarizada de suplementos de hierro y otros suplementos de hierro y micronutrientes para situaciones de emergencia – niños de 4 a 35 meses”, señala que la suplementación preventiva “sin anemia/sin medición de hemoglobina y con anemia” se entrega a niños desde los 04 meses de edad a los 35 meses de edad.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantizar el cumplimiento de la Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 099-MINSA-2020-DGIESP “Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del Covid-19”.

- Sugerimos al Programa Cuna Más dar cumplimiento a la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”.
- 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: 01 folios)

1.- Ficha de Vigilancia V-354-2021-CAJ-C (1 folios)



Wilfredo Cholán Rojas
Responsable de Campo

ANEXOS

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 942155526 Teléfono Nacional: 942160511		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO: SAF-CUMA MÁS				CODIGO N° V-354-2021-CAJ-C			
SEDE REGIONAL CAJAMARCA 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:		28/10/2021		2. HORA de la entrevista:		INICIAL: 10:00 am		FINAL: 10:17 am	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista:									
3. DNI del Cuidador Principal:		40566627		4. NOMBRE y APELLIDOS:		CONCEPCIÓN RUIJÓN BANCHEZ			
5. DEPARTAMENTO:		CAJAMARCA		6. PROVINCIA:		CAJAMARCA			
7. DISTRITO:		CHETILLA		8. C.C.P. (Barrio/Dirección):		CASERIO LA COLPA			
9. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:		a) Madre (☒) b) Padre (☐) c) Otros (☐) Precise:							
10. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:		YACHAY WASI							
11. IDIOMA que usa más (idioma predominante):		a) Español (☒) b) Quechua (☐) c) Aymara (☐) d) Ashaninka (☐) e) Awajún (☐) f) Otro:							
II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS									
12. Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1									
13. Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: Meses: Niño 2: Años: Meses: Niña 3: Años: Meses:									
14. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con (IN)						☒ SI		☐ NO	
14.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:									
15. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Cares de Atención Integral de Salud (CRED)									
16. Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Cre/Miño 1: 02 de octubre Niño 2:						☒ SI		☐ NO	
17. En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)						☒ SI		☐ NO	
17.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:									
18. A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tomado de hemoglobina este año									
18.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: Tiene programada la cita para el 02 de noviembre.						☒ SI		☐ NO	
19. A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)									
19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: Después del parto le lo daban						☒ SI		☐ NO	
20. ¿Usted conoce el nombre de su facilitador del programa Cuna Más?									
20.1 Señale su nombre: NELY TANTA						☒ SI		☐ NO	
21. La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o llamadas o alto parlantes?									
21.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 3						☒ SI		☐ NO	
22. La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?									
22.1 ¿La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos						☒ SI		☐ NO	
22.2 ¿Cómo valora usted estas orientaciones:						☒ SI		☐ NO	
23. Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:									
a) Lávase las manos b) Le doy baño c) Le doy de mamar d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/Vacunas f) Otros:						☒ SI			
23.1 Si la respuesta es Otro, especifique:									
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 al pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros:						☒ SI			
24.1 Si la respuesta es Otro, especifique:									
25. Por favor, diga usted si a su niño/a agua hervida o clorada?									
☒ SI						☐ NO		☐ NS/NR	
26. El mes pasado usted recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?									
26.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?						☒ SI		☐ NO	
27. A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?									
27.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?						☒ SI		☐ NO	
27.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?									
28. ¿Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?									
☒ SI						☐ NO		☐ NS/NR	
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?									
30.1 Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?						☒ SI		☐ NO	
30.2 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 (☒) b) Uso de mascarilla (☒) c) Distanciamiento-1.5 metros (☐) Ninguna (☐) Otros:						☒ SI			
32. ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?									
32.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué						☒ SI		☐ NO	
32.2 Si la respuesta es SI, comente cuáles son los motivos:									
POR MOTIVOS PERSONALES									
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					DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL				
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				
Nombres y Apellidos: JAME NICOLAS RUIJÓN (RUGO)					Nombres y Apellidos: WILFREDO CHOLAN RUIJÓN				
DNI: 80005957					DNI: 70679311				
Cargo: PRESIDENTE					Cargo: RESPONSABLE DE CAMPO				
Correo electrónico: NO TIENE					Correo electrónico: wcholan@ctvcperu.org.pe				