

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

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

Huancayo, 05 de noviembre de 2021

**OFICIO N° 132-2021-CTVC/JUNIN**

Señor(a)

**Lic. Richard Nelson Ccencho Cencia.**

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional Cuna Más.

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA seis **(06) CASO(S)**

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° 334-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 335-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 336-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 337-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 338-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 339-2021-CTVC/JUN.

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,



.....  
**Jessica Rojas Domínguez**  
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  
SEDE REGIONAL JUNIN**

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**

**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                                    |             |                      |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|
| Teléfono de Junín: (#)942161273<br>Teléfono Nacional: (#)942160416 | <b>CASO</b> | N° 339-2021-CTVC/JUN |
|--------------------------------------------------------------------|-------------|----------------------|

|                                                                                      |                                                             |                                            |                              |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     | <b>CUNA MAS</b>                                             | 1. FECHA DE REGISTRO:                      | <b>25/10/2021</b>            |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |                                                             |                                            |                              |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                | <b>CAMARGO DAVIRAN DE MEZA SILVIA</b>                       | 3. NÚMERO-DNI:                             | 20027973                     |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - SAÑO | 5. CARGO:                                  | SECRETARIA                   |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |                                                             | 6. FECHA DE OCURRENCIA:                    | <b>25/10/2021</b>            |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     | JUNÍN                                                       | 8. PROVINCIA:                              | HUANCAYO                     |
| 9. DISTRITO:                                                                         | QUILCAS                                                     | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                        | SAN ROQUE                    |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            | GESTION DE SERVICIO DE CUIDADO DIURNO                       | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? | 44651016-CUIDADORA PRINCIPAL |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           | 1                                                           | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:           | 01 Punto Crítico             |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |                                                             |                                            |                              |

El 25/10/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica se entrevistó a la Sra. Tembaldera Zeballos Karla, madre del usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión "Santa Cruz - Quilcas" del distrito de Quilcas; se registró el siguiente punto crítico.

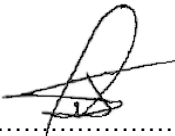
- 1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.**  
Durante la entrevista realizada a la Sra. Tembaldera Zeballos Karla, se le pregunto si a la fecha, había recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a, respondió que NO.

## IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Que el programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM, en los siguientes artículos: "(...) 5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT) La dotación del kit DIT se enmarca en la promoción del juego y aprendizaje infantil que promueve el PNCM. 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 frente al Estado de Emergencia Nacional por el coronavirus- COVID 19. Considerando ello, el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM Los Kit DIT para niñas y niños usuarios de los servicios del PNCM están compuestos por 04 materiales educativos variados, con pertinencia cultural en el marco de la promoción del juego: 2 juguetes y 2 cuentos de acuerdo al grupo etario...(...)". Numeral 5.10. Distribución de los Kitt DIT La entrega de los Kits DIT a los usuarios y familias usuarias del PNCM se realizarán considerando los siguientes aspectos: La frecuencia de entrega del Kit DIT, es por única vez a niñas y niños usuarios continuadores de los servicios del Programa.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

## V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (01))

- Copia de la Ficha de Vigilancia N° 435-2021-JUN-C (1 folio).

  
**Jessica Rojas Domínguez**  
 Responsable Regional



| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|-------------|----------------------------|----|--|
| Teléfono Regional: 942161273<br>Teléfono Nacional: 984056206                                                                                                  |                                                                                                                                                         |                                                                                            | FICHA DE VIGILANCIA<br>HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS |                        |                           |             | CODIGO N° V-435-2021-JUN-C |    |  |
| SEDE REGIONAL JUNIN                                                                                                                                           |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 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<br>(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta) |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             | SI                         | NO |  |
| 1                                                                                                                                                             | FECHA de la entrevista:                                                                                                                                 | 25/10/2021                                                                                 | 2                                                 | HORA de la entrevista: | INICIAL 10:35             | FINAL 11:00 |                            |    |  |
| I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.                                                                                           |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 3                                                                                                                                                             | DNI del Cuidador Principal:                                                                                                                             | 44651016                                                                                   | 4                                                 | NOMBRE y APELLIDOS:    | TEMBALDERA ZEBALLOS KARLA |             |                            |    |  |
| 5                                                                                                                                                             | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                           | JUNIN                                                                                      | 6                                                 | PROVINCIA:             | HUANCAYO                  |             |                            |    |  |
| 7                                                                                                                                                             | DISTRITO:                                                                                                                                               | SAÑO                                                                                       | 8                                                 | CCPP/Barrio/Dirección: | SAN ROQUE                 |             |                            |    |  |
| 9                                                                                                                                                             | PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:                                                                                                           | a) Madre ( ) b) Padre ( ) c) Otros ( ) Precise: _____                                      |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 10                                                                                                                                                            | LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:                                                                                                               | ANGELITOS DE SAÑO 1                                                                        |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 11                                                                                                                                                            | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                                                              | SANTA CRUZ - QUILCAS                                                                       |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 12                                                                                                                                                            | IDIOMA que usa más (idioma predominante):                                                                                                               | a) Español ( ) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros: _____ |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS                                                               |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 13                                                                                                                                                            | Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:                                                                                          | 1                                                                                          |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 14                                                                                                                                                            | Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más:                                                                                           | Niño 1: Años: 1 Meses: 4 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:                         |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 15                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI                                                                                  | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 15.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 16                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)                                           | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 17                                                                                                                                                            | Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: SET                               | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 18                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)                                     | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 18.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 19                                                                                                                                                            | 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                  |                           |             |                            |    |  |
| 19.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 20                                                                                                                                                            | 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                  |                           |             |                            |    |  |
| 20.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 20.1                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 21                                                                                                                                                            | ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?                                    | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 21.1                                                                                                                                                          | Señale su nombre: ESMERALDA HUARCAYA QUICHCA                                                                                                            |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 22                                                                                                                                                            | 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                  |                           |             |                            |    |  |
| 22.1                                                                                                                                                          | ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 3 VECES NS/NR NA                                                                               |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 23                                                                                                                                                            | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?                          | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 23.1                                                                                                                                                          | La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos                                                                                            |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 23.2                                                                                                                                                          | Cómo valora usted estas orientaciones: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                                                                    |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 24                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:                                                                         |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 24.1                                                                                                                                                          | 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 NS/NR       |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 24.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                     |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 25                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:                                                                      |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 25.1                                                                                                                                                          | 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 NS/NR |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 25.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                     |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 26                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?                                                                                            | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 27                                                                                                                                                            | El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?                                                             | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 27.1                                                                                                                                                          | Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:                                                              |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
|                                                                                                                                                               | Alimento 1. LECHE Alimento 2. ACEITE Alimento 3. ATUN Alimento 4. ARROZ Alimento 5. HIGADO NS/NR NA                                                     |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
|                                                                                                                                                               | Alimento 6. QUINUA Alimento 7. ARBEJAS Alimento 8. Alimento 9. Alimento 10. Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                               |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 27.2                                                                                                                                                          | Cómo valora usted estos alimentos entregados: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                                                             |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 27.3                                                                                                                                                          | ¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?: QUE CONTINUEN ENTREGANDO SANGRESITA ENLATADA                                     |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 28                                                                                                                                                            | El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?            | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 28.1                                                                                                                                                          | Cómo valora usted estos materiales entregados: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                                                            |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 29                                                                                                                                                            | A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?                                 | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 29.1                                                                                                                                                          | Cómo valora usted estos materiales entregados: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                                                            |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 29.2                                                                                                                                                          | ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?                                                                                              |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 30                                                                                                                                                            | Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo                                        |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 31                                                                                                                                                            | Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?                      | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 32                                                                                                                                                            | Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?                                                | SI                                                                                         | NO                                                | NS/NR                  |                           |             |                            |    |  |
| 32.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo NA                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 32.2                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                  |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 33                                                                                                                                                            | 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 ( ) EVITA SALIR A REUNIONES NS/NR                             |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 34                                                                                                                                                            | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( ) c) Ninguna ( ) NS/NR                            |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 34.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Ninguna, diga por qué                                                                                                                |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 35                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio? SI NO NS/NR                                          |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 36                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato? SI NO NS/NR                                                        |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 37                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato? SI NO NS/NR                                               |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |
| 38                                                                                                                                                            | OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                          |                                                                                            |                                                   |                        |                           |             |                            |    |  |