

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

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

**CARGO**

Huaraz, 19 de noviembre de 2021

**OFICIO N° 149-2021-CTVC/ANCASH**

Señor (a)  
**NOELIA CUEVA ESCUDERO**  
Jefe de la Unidad Territorial – Ancash  
Programa Nacional Cuna Más  
**Presente. –**



Asunto : Se ALERTAN ocho (08) 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° 359-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 360-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 361-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 362-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 363-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 366-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 367-2021-CTVC/ANC
- CASO N° 368-2021-CTVC/ANC

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,

  
Virna Siobhán S. Medina Figueroa  
Responsable de Campo del Comité de  
Transparencia y Vigilancia Ciudadana  
Ancash

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

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

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

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

|                                                     |      |                      |
|-----------------------------------------------------|------|----------------------|
| Telf. de Ancash: 942154203<br>Telf. LIMA: 945095602 | CASO | N° 367-2021-CTVC/ANC |
|-----------------------------------------------------|------|----------------------|

|                  |          |                       |            |
|------------------|----------|-----------------------|------------|
| PROGRAMA SOCIAL: | CUNA MAS | 1. FECHA DE REGISTRO: | 21/10/2021 |
|------------------|----------|-----------------------|------------|

## I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

|                             |                                                                                |                |            |
|-----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|
| 2. APELLIDOS NOMBRES:       | MURGA ECHEVARRIA LEVITA RUTH                                                   | 3. NÚMERO-DNI: | 32969513   |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CHINGALPO | 5. CARGO:      | SECRETARIA |

## II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

|                            |                                                      |                                                        |                                |
|----------------------------|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|
| 7. DEPARTAMENTO:           | ANCASH                                               | 8. PROVINCIA:                                          | SIHUAS                         |
| 9. DISTRITO:               | CHINGALPO                                            | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                                    | JR. PEDRO CORTEZ DE MONRROY    |
| 11. PROCESO:               | PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? | 47521748 – CUIDADORA PRINCIPAL |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 01                                                   | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS                        | 01                             |

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

En el marco de la campaña a la Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales, se entrevistó a la Sra. Melvi Gaby Damián Lozano, madre - cuidadora principal del Comité de Gestión (CG) "Chirasanta al Progreso", identificándose el siguiente punto crítico:

### 1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO):

En la entrevista sostenida con la cuidadora principal refirió que NO le viene dando ningún suplemento de hierro a su niño debido a que "ya no le corresponde debido a que no tiene anemia". De acuerdo a lo establecido por el Programa Cuna Mas 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:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio no presencial, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar la dotación de hierro en niños/as de manera preventiva, siendo el Programa, la instancia rectora en la promoción y prevención para la reducción de la anemia en niños y niñas usuarios del Programa, debiendo considerar el hecho que el niño usuario no viene recibiendo la suplementación con hierro, pese a que se encuentra en el rango de edad correspondiente según lo considerado en las directivas del Programa y las directivas de Salud vigentes, hecho que contraviene y pone en riesgo las estrategias preventivas de control y tratamiento de la anemia en la región.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

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

- 1.- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-357-2021-ANC-C (03 folios).



---

**Virna Siobhan S. Medina Figueroa**  
Responsable de Campo del Comité de  
Transparencia y Vigilancia Ciudadana  
Ancash

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203

Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA

HOGAR USUARIO: SAF-CUNA MÁS

CODIGO N° V - 357 - 2021 - ANC - C

SEDE REGIONAL ANCASH

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 la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)

SI ☒ NO ☐

1 FECHA de la entrevista:

21 / 10 / 2021 /

2 HORA de la entrevista:

INICIAL 16 : 53 FINAL 17 : 56

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.

3 DNI del Cuidador Principal:

41521448

4 NOMBRE Y APELLIDOS:

Melvi Gaby Damián Lozano

5 DEPARTAMENTO:

ANCASH

6 PROVINCIA:

SAYBAY

7 DISTRITO:

Chingalpo

8 CCP/Barrio/Dirección:

Sr. Pedro Cortez de Monterrey

9 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria:

a) Madre (X)

b) Padre ( )

c) Otros ( )

Precise:

10 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:

Chiracanta al Píregreso

11 IDIOMA que usa más (idioma predominante):

a) Español (X)

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

12 Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:

1

13 Cuántos años tiene su hijo/a usuaria del Programa Cuna Más:

Niño 1: Años: 2

Meses: 0

Niño 2: Años:

Meses:

Niño 3: Años:

Meses:

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

14.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:

15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios/as del Programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

16 Cuando fue el último mes que llevó a su hijo/a usuario del programa a su Control de CNI: Niño 1: 29/09/21 Niño 2:

Niño 3:

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐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/análisis de hemoglobina este año

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

18.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:

19 A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:

ya no le corresponde no tiene anemia

SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐SI ☒ NO ☐

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203

FIGUADA DE VIGILANCIA

HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MAS

CODIGO N° V - 3.57 - 2021 - ANC - C

Teléfono Nacional: 945095602

SEDE REGIONAL ANCAESI

PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad

SI ☒ NO ☐

20 ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

20.1 Señale su nombre: Lvalla Tatos Gonzales

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

21.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? 4

SI ☒ NO ☐ NS/NR

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

22.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos

SI ☒ NO ☐ NS/NR

22.2 ¿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:

SI ☒ NO ☐ NS/NR

a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros

SI ☒ NO ☐ NS/NR

23.1 Si la respuesta es Otros, mencione:

SI ☒ NO ☐ NS/NR

24 Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

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

SI ☒ NO ☐ NS/NR

24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:

SI ☒ NO ☐ NS/NR

25 Por favor, diga usted da 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)?

Muy Bueno ☒ Bueno ☐ Malo ☐ Muy malo ☐

26.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

27 A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?

Muy Bueno ☒ Bueno ☐ Malo ☐ Muy malo ☐

27.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

27.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

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 (vídeos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

30 ¿Alguna vez ha visto algún vídeo sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?

SI ☒ NO ☐ NS/NR

30.1 Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?

Muy Bueno ☒ Bueno ☐ Malo ☐ Muy malo ☐ NA ☐

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942154203

Teléfono Nacional: 945095602

FIGHA DE VIGILANCIA

HOGAR USUARIO: SAF-GUNA MAS

CODIGO N° V - 357 - 2021 - ANC - C

SEDE REGIONAL ANCASH

PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL GUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad

30.2 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:

SI ☒ NO ☐

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

32 ¿Usted cuantas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?

32.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué a) Primera dosis (X) b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ( )

33 ¿La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?

34 ¿La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?

35 ¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o miln de algún candidato?

36 OBSERVACIONES (o dificultades)

37 RECOMENDACIONES

DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO  
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos: Leirfa Ruth Horga Echevarría

DNI: 32969513

Cargo: Secretaria

Correo electrónico: —

DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL  
DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

Nombres y Apellidos: Hariza Itallqui Aguilar

DNI: 3160360

Cargo: RETUE

Correo electrónico: anash.tratucperu@gmail.com