

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

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Lambayeque, 21 de febrero de 2023

OFICIO N°0002-2023-CTVC/LAMBAYEQUE

Señor(a)
Consuelo Andrea Álvarez Chávez
Jefe de la Unidad Territorial – Lambayeque
PROGRAMA CUNA MAS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Tres (03) 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° 0001-2023-CTVC/LAM
- CASO N° 0002-2023-CTVC/LAM
- CASO N° 0003-2023-CTVC/LAM

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



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional

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

Calle Los Diamantes N° 181, Urb. Patazca – Chiclayo
Celular: 942157996

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / lambayeque.rrctvcperu@gmail.com

/alfonsosanchezcajo@gmail.com
Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N° 0002-2023-CTVC/LAM
---	------	-----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	6/02/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROSA ELVIRA HUERTAS CHAPOÑAN	3. NÚMERO-DNI:	16744631
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE MORROPE	5. CARGO:	VICEPRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	06/02/2023
7. DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	8. PROVINCIA:	LAMBAYEQUE
9. DISTRITO:	MORROPE	10. CCPP/DIRECCIÓN:	LOS POSITOS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	75230006 -CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	2 puntos críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con fecha 06/02/2023 el equipo técnico y la Sra. Rosa Elvira Huertas Chapoñán, vicepresidenta del comité local de Morrope, durante el proceso de vigilancia/veeduría Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Más, entrevistaron telefónicamente a la Sra. SANDOVAL SANTISTEBAN, LISBETH CANDELARIA, cuidador principal del usuario perteneciente al Comité de Gestión “TRABAJEMOS JUNTOS POR LOS NIÑOS”, consignándose en la ficha **V-002-2023-LAM-C** los puntos críticos descritos a continuación:

- 1.- VISITA DOMICILIARIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURA MENOS DE 60 MINUTOS.** Durante la entrevista con la madre usuaria señala, que las visitas domiciliarias realizadas por el actor comunal suelen tener una duración de 30 minutos como máximo.
- 2.- SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN DURA MENOS DE 60 MINUTOS.** Finalmente señala que la sesión de socialización realizada por el actor comunal también tiene una duración de 30 minutos.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. En el marco de la Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios(as), y en observancia a sus lineamientos técnicos en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:
2. Garantizar el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más.
3. Garantizar el cumplimiento de la RDE N° 264-2021-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2021”
4. Mejorar la difusión de sus servicios, que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital.
5. Se solicita al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al caso alertado, y se nos informe en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora / solución del hecho.

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

1.- Anexos 001: **V-002-2023-LAM-C** (01 folios)



.....
Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
SEDE REGIONAL LIMAYUCO											
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)											
Teléfono Regional	04212700	FICHA DE VISITA				CODIGO Y VARIANTE LAMC					
Teléfono No. local	01 86430	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL									
B. SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRETACIONES PARA PADRES CON NIÑOS DE 0 A 36 MESES (SE VISITA PRECUNTA al Cuidador Principal del Hogar)											
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
55	El mes pasado ¿fue el período de una Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
56	¿El facilitador, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	56.1	¿El facilitador cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/R
57	¿El lugar donde se realizó la Sesión de Socialización es limpio, el aire libre y ventilado?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	57.1						
58	¿El facilitador cuánto tiempo permaneció durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	58.1	Si marca MENOS de 30 MINUTOS, diga ¿Por qué?	RECONOCE LOS MOTIVOS				
59	¿El facilitador motivó a que usted participe y se relacione con otros padres durante la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	59.1						
60	¿El facilitador motivó a que usted participe con otros cuidadores durante la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	60.1						
61	¿El facilitador usó el idioma predominantemente durante la Sesión de Socialización e interpretación?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	61.1						
62	¿El facilitador utilizó materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:					
63	¿El facilitador le brindó buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
64	¿Está satisfecho con el trabajo que realizó el facilitador durante la Sesión de Socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar los servicios que se realizan durante la Sesión de Socialización?	NADA, TODO ESTÁ CONFORME									
C. ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (SE VISITA PRECUNTA al Cuidador Principal del Hogar)											
66	¿Usted conoce contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (video educativos, alimentación, consejos de crianza)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
67	¿Usted le ha sido útil alguna información recibida sobre crianza, alimentación, consejos de crianza desde el Programa Cuna Más?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
67.1	Si marca SI, ¿Cómo utilizó usted los materiales audiovisuales que le brindó?					Cuando	Siempre	A veces	Nunca	NS/R	
67.2	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?										
IV. SESIONES DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (SE VISITA ENTREVISTA / PRECUNTA al Cuidador Principal del Hogar)											
68	¿Usted presenta algún síntoma de infección respiratoria aguda (fiebre, tos, dificultad para respirar, dolor de garganta, etc.)?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW							
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW	Si marca NO, HOY, por favor, pregunte M:						
69.1	Por favor marque todas las materiales que usted ha recibido:	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> O	<input type="checkbox"/> P	<input type="checkbox"/> Q					
69.2	¿Cómo utilizó usted el kit de higiene y protección que le entregaron?					Cuando	Siempre	A veces	Nunca	NS/R	
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	QUE SE NOS ENTREGUEN MÁS MATERIAL DE LIMPIEZA Y PROTECCIÓN									
70	¿El facilitador le preguntó sobre el estado de salud de su familia y el tipo de actividades que realiza en su hogar o en la sesión de socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW							
71	¿El facilitador usó algún material durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW							
72	¿El facilitador usó comederos (cubre boca y ojos) en las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW							
73	¿El facilitador popoteó al estado de nutrición de el niño/a que usted cuida en su hogar o en la sesión de socialización?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA										
SEDE REGIONAL LIMAYUCO										
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)										
Teléfono Regional	04212700	FICHA DE VISITA				CODIGO Y VARIANTE LAMC				
Teléfono No. local	01 86430	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL								
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (SE VISITA PRECUNTA al Cuidador Principal del Hogar)										
VI. TRANSPARENCIA										
74.1	¿Es fácil encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
VI. NEUTRALIDAD (Imparcialidad)										
75.1	¿Algun miembro del Comité de Sesión ya facilitador ya servicio público se puso de acuerdo, regular o favorece a cualquier candidato al Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
75.2	¿Algun miembro del Comité de Sesión ya facilitador ya servicio público se puso de acuerdo o votó a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
75.3	¿Algun miembro del Comité de Sesión ya facilitador ya servicio público se puso de acuerdo o favorece a algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	WAW						
76	OBSERVACIONES - COMENTARIOS generales	LA MADRE USUARIA SEÑALA QUE SU NIÑO EN SU CONTROL DE 1 AÑO 3 MESES, LE DIAGNOSTICARON HEMERITA Y DE HEMOGLOBINA, MENCIONA QUE EN SU ÚLTIMO CONTROL DEL MES DE ENERO DEL 2023, LE HA REALIZADO TRATADO, PERO NO A RECIBIDO AUN EL RESULTADO, SEÑALA QUE DESCONOCE LOS MOTIVOS POR LOS QUE LA FACILITADORA SE QUEDA SOBREVUELTOS EN LA VISITA A SU HOGAR.								
VI. RECOMENDACIONES - SUGERENCIAS generales										
78	FECHA FINAL de la entrevista	4/2/2023	79	HORA FINAL de la entrevista	17:30					
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA PRINCIPAL, QUE COLABORA CON NUESTRA INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VISITA			DATOS DEL SERVIDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VISITA			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				
Nombre y Apellido:	LISETH CANCELARA SANDOVAL SKYRISTIBAN		Nombre y Apellido:	ROSALBA HURTADO CHAPOCAN		Nombre y Apellido:	YURELI LLIBENEC			
Cargo:	MADRE USUARIA		Cargo:	VECESDEBATA		Cargo:	RESPONSABLE DE CHAPO			
Correo electrónico:			Correo electrónico:			Correo electrónico:	yureli@comitetransparencia.org			
Teléfono:	01 86430148		Teléfono:	86767014		Teléfono:	04227000			