

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 14 de enero de 2022

OFICIO N°001-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:

Mariela Vela Tipa

Jefa de la Unidad Territorial San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA cuatro (04) 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N°001-2022-CTVC/SAN
- CASO N°002-2022-CTVC/SAN
- CASO N°003-2022-CTVC/SAN
- CASO N°004-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

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

Atentamente,



Iris Gandy Vásquez Huaman
Responsable Regional (e)

¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 003-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	04/01/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	JEANETTE FLORES RUIZ	3. Número-DNI:	46024131
4. Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	31/12/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	EL DORADO
9. Distrito:	SANTA ROSA	10. CCPP/Dirección:	CP SANTA MARTHA
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	48853378- CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en Contextos No Presenciales, el día 31/12/2021 se realizó una entrevista telefónica la Sra. Judith Marilyn Cerdan Pizango, identificada con DNI N°48853378, madre -cuidadora principal de dos usuarios del programa, registrada mediante ficha de vigilancia V-322-2021-SAN-C, registrándose el siguiente punto crítico:

- HOGAR RECIBE INCOMPLETO KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN:** la Sra. Judith Cerdan refiere que el mes pasado recibió jabón líquido (1unidad) y mascarilla KN95 (4 unidades), faltando el papel toalla (2 unidades).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la RDE N° 766-2021 MIDIS/PNCM "Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales", que contempla en su numeral 5.7.2. la entrega de un Kit de higiene y protección de manera mensual a cada hogar. El Kit de higiene y protección está compuesto por los siguientes materiales: jabón líquido (1unidad), papel toalla (2 unidades), mascarilla KN95 (4 unidades).
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

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

- Ficha de Vigilancia: V-322-2021-SAN-C. (01 folio).



Jeanette Flores Ruiz
 Responsable Regional

Anexo: Ficha de vigilancia: V-322-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA					
Teléfono Regional: 942158973 - 920033057		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-322-2021-SAN-C	
Teléfono Nacional: 945095602		HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS			
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN					
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:	31/12/2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 15:08 FINAL 15:19
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.					
3	DNI del Cuidador Principal:	48853378	4	NOMBRE y APELLIDOS:	JUDITH MARILYN CERDAN PIZANGO
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTÍN	6	PROVINCIA:	EL DORADO
7	DISTRITO:	SANTA ROSA	8	CCPP/Barrio/Dirección:	CP SANTA MARTHA
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:	CRECIENDO CON AMOR DE SANTA MARTHA			
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: _____			
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:	Niño 1: Años: <u>2</u> Meses: <u>5</u> Niño 2: Años: <u>2</u> Meses: <u>5</u> Niño 3: Años: _____ Meses: _____			
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más:	Niño 1: Años: <u>2</u> Meses: <u>5</u> Niño 2: Años: <u>2</u> Meses: <u>5</u> Niño 3: Años: _____ Meses: _____			
14	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	SI	NO	NS/NR	
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 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	Niño 1: <u>octubre</u> Niño 2: <u>octubre</u> Niño 3: _____			
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	
17.1 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	
18.1 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	
19.1 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	
20.1 Señale su nombre: <u>Lupe Sinarahua</u>					
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? : <u>05 veces</u>					
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					
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:				
a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) <input checked="" type="checkbox"/> Lavado de manos d) <input checked="" type="checkbox"/> Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) <input checked="" type="checkbox"/> Otros					
23.1	Si la respuesta es Otros, mencione:	Comida saludable			
24	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:				
a) <input checked="" type="checkbox"/> Antes de preparar los alimentos b) <input checked="" type="checkbox"/> Antes de comer c) <input checked="" type="checkbox"/> Después de ir al baño d) <input checked="" type="checkbox"/> Después de cambiar el pañal e) <input checked="" type="checkbox"/> Antes de cambiar al bebé f) <input checked="" type="checkbox"/> Otros					
24.1 Si la respuesta es Otros, mencione: <u>después de jugar</u>					
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)?	SI	NO	NS/NR	
26.1 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	
27.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?:					
Muy Bueno Bueno Malo Muy malo					
27.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?					
Materiales más resistentes porque los niños lo malogran rápido					
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	
30.1 Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:					
Muy Bueno Bueno Malo Muy malo NA					
30.2 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:					
El internet es de mala calidad. Pero si me informan					
31	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				
a) Lavado de manos (<input checked="" type="checkbox"/>) b) Uso de mascarilla (<input checked="" type="checkbox"/>) c) Distanciamiento-1.5metros (<input type="checkbox"/>) Ninguna (<input type="checkbox"/>) Otros <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol					
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis (<input type="checkbox"/>) b) Segunda dosis (<input checked="" type="checkbox"/>) c) Ninguna (<input type="checkbox"/>)			
32.1 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)	No le entregaron Papel toalla			
37	RECOMENDACIONES				
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			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:		Jeanette Flores Ruiz		Nombres y Apellidos:	
DNI:		46024131		DNI:	
Cargo:		Responsable Regional		Cargo:	
Correo electrónico:		sanmartin.rctvcperu@gmail.com		Correo electrónico:	