

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

Huaraz, 04 de enero de 2023

OFICIO N° 0006-2023-CTVC/ANCASH

Señora
NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO
Jefa de la Unidad Territorial Ancash
Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA nueve (09) 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/ANC | CASO N° 0006-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0002-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0007-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0003-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0008-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0004-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0009-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0005-2023-CTVC/ANC | |

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los 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



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.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203

Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0004-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	26/11/2022
------------------	----------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	HUAYTA LOARTE JULIA CLARA	3. NUMERO-DNI:	45522664
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE SAN MARCOS	5. CARGO:	DELEGADA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA:		26/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUARI
9. DISTRITO:	SAN MARCOS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CASERIO CARHUAYOC S/N
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	44209178-FACILITADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	10	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01

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

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Mas, se entrevistó a la Sra. Nolberta Margarita Mallqui Ramirez, facilitadora del Comité de Gestión "Los Angelitos", evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **FACILITADORA/OR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL":** La facilitadora en la entrevista indicó NO tener conocimiento de este servicio, a pesar de haber visualizado contenidos audiovisuales a través del grupo WhatsApp, le gustaría que le brinden información sobre los servicios que brinda "Cuna Mas Digital" ya que considera de suma importancia los conocimientos y las prácticas de cuidado.

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, se sugiere lo siguiente:

- Se tomen las medidas que promuevan el alcance de los servicios y contenidos de la Plataforma "Cuna Más Digital" a las facilitadoras del Programa Cuna Más en el distrito de San Marcos para poder potenciar el uso de los medios digitales y el fortalecimiento de sus capacidades.
- 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 la Ficha V-304-2022-ANC-C (03 folios).



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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
CENTRO DE VIGILANCIA
ACTOR COMUNAL (FACILITADORIA)-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V - 304 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945099602

FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA

(a) Vigilancia Presencial

FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

(b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

El Visitante/Vigilante de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta ficha a una FACILITADORA del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa COMA MAS.

El Visitante/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.

El Visitante/Vigilante debe marcar con "X" la alternativa según en cada pregunta.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LETRADA: --- Nivelto Verbo MSAR-No sabe, no responde MA-No Aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	26	11	2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	11	35
I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA								
3	DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):	44209178						
5	DEPARTAMENTO:	ANCASH						
7	DISTRITO:	SAN MARCOS						
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Los Angelitos						
10	EDAD del Actor Comunal:	35						
12	NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:	(a) Sin nivel	(b) Inicial	(c) Primaria	(d) Secundaria	(e) Básica especial	(f) Técnico	(g) Superior
13	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	<input checked="" type="checkbox"/> Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro						
II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADORIA) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS								
14	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 14.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Lo es vital la importancia y más en estos						
15	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 15.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? bueno mejora en su desarrollo y aprendizaje						
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 16.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga su nombre: Gloria Huasta Recasa						
A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADORIA): (El Visitador/a PREGUNTA al Facilitador/a)								
17	El mes anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 17.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 34						
18	¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR						
19	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses de edad?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 19.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
20	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 20.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
21	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre la suplementación con hierro para los niños, como prevención y/o tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 21.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 22.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
23	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 23.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
24	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre asistencia oportuna a controles CRED y Vacunas?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 24.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
25	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 25.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
26	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidadora principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 26.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
27	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador principal y su niño/as menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 27.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
28	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre detección de signos/señales de alerta en el desarrollo de niños/as menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 28.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga cuál como veía esta capacitación						
29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 29.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca SI, diga algunos materiales que utilizó: Folios, tarjetas, bolígrafo, etc.						
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR 30.1 <input checked="" type="checkbox"/> SI marca NO, diga ¿Por qué?						

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
SEÑAL DE VIGILANCIA
ACTOR COMUNAL (FACILITADORIA)-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V - 3c4 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 842154203
Teléfono Nacional: 945695602

31	¿El acompañante técnico le brinda buen trato a usted en cada momento durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	31.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
32	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el acompañante técnico durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	32.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
33	¿Qué recomendaría usted para mejorar estas orientaciones/capacitaciones? <i>Conforme con que sea cada mes.</i>					
B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADORIA): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)						
34	Actualmente ¿Cuántas familias tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	34.1	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?	
35	El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliarias a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	35.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
36	El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar para brindar orientación?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	36.1	Si es MENOR que 04, diga ¿Por qué?	
37	El mes pasado ¿Realizó una (1) sesión de socialización con las familias que tienen niños/as mayores de 12 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	37.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
38	¿Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de C. (El Veedor/Vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)?					NS/NR
39	¿En qué temas de monitoreo de riesgo de los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?					NS/NR
40	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?					
41	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	42.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 44
42	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	43.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le faltan?:	
43	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	44.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 46
44	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	45.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le faltan?:	
45	¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	46.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
46	¿El Programa le entregó un Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	47.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
47	¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias?:	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/a Principal del HOGAR)						
50	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	No sabe lo que significa
51	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 52:
51.2	¿Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:					
51.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? <i>Todo bien con los videos</i>					

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

