

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL PASCO**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"

OFICIO N° 006-2023-CTVC/PASCO

Pasco, 09 de enero del 2023

Señor:

Richard Teófilo Santiago Loyola

Coordinador de la Unidad Territorial del Programa Nacional Cuna Más – Pasco

Pasco.-

Asunto: 01 CASO.

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 velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizado por los CLTVC distritales, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO¹:

- CASO N° 006-2023-CTVC/PAS

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos alertados, adjuntamos en anexo la ficha de vigilancia y otras evidencias; concluido su procedimiento, sírvase comunicar los resultados de las mismas.

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

Atentamente,



Rotando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

Cc. Arch.
CTVC. Nac.

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. Sede PASCO: 942161945
Telf. SEDE LIMA: 942160416

CASO

N° 006-2023-CTVC/PAS

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	30/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROLANDO VALENTÍN ARIAS	3. NÚMERO-DNI:	04000520
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – YANACANCHA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL PASCO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	30/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	PASCO	PROVINCIA:	OXAPAMPA
9. DISTRITO:	OXAPAMPA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CC. NN Quillazú
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	7108666-Facilitadora
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	10	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El 30/11/2022, realizó la veeduría presencial inopinada a la Sra. Ruth Nohemí Romero Orizano, Facilitadora del Servicio de Acompañamiento a Familia (SAF) del Cuna Más “Los niños Quillazú y Cantarizú”, del distrito de Oxapampa donde se pudo evidenciarse el siguiente punto crítico:

- 1. ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA CUNA MAS DIGITAL.** – Al realizar la entrevista a la Facilitadora del Comité de gestión en la Comunidad Nativa Quillazú, dijo no conocer el servicio virtual que brinda “Cuna Más Digital”, espera que lo orienten o los haga conocer el servicio en mención a través del Programa (**Ver Ficha de Vigilancia**).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

El programa debe de garantizar el cumplimiento de lo establecido en la RDE-000334-2022-MIDIS/PNCM-DE, referente al plan comunicacional digital.

Sugerimos que los hagan conocer la utilización de los servicios que brinda “Cuna Más Digital” y así mejorar la atención a los usuarios y dar solución al punto crítico y nos comuniquen las mejoras.

V. Anexo (Total de páginas/folios: 03)

Ficha de V-063-2022-PAS-C (folios 03).



Rolando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional: 942 151 945
Teléfono Nacional: 954 056 206

FICHA DE VIGILANCIA
ACTOR COMUNAL (FACILITADOR(A)-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° Y-0633022-PAS-C

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA
(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
(a) Vigilancia Presencial
(b) Vigilancia NO Presencial

NO
SI
C-006

OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.
MENCIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplica esta ficha a una FACILITADORA del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.
El Veedor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.
El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Círculo AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.

En toda la ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: N=No Verdico NS/NR= No sabe, no responde NA= No Aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	30/11/2021	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	15:30							
DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA												
3	DNI del Actor Comunal (Facilitador):	11088666	4	NOMBRE Y APELLIDOS:	Robt. Niño Romero Orjano							
5	DEPARTAMENTO:	Pasco	6	PROVINCIA:	Pasosungue							
7	DISTRITO:	San Román	8	CCP/Barrio/Dirección:	Quillogay (Pasosungue)							
9	COMITÉ DE GESTION al que pertenece-Nombre:	Los Niños Quillogay y Cantarayo	11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	8							
10	EDAD del Actor Comunal:		(a) Sin nivel	(b) Inicial	(c) Primaria	(d) Secundaria	(e) Básica especial	(f) Técnico	(g) Superior			
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):	(a) Español	(b) Quechua	(c) Aymara	(d) Asháninka	(e) Awajún	(f) Otro					
CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADORA) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS												
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	Si marca SI o NO diga ¿Por qué?	Es primordial la atención.					
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	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Es importante que los niños aprendan.					
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Mas?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	16.1	Si marca SI, diga su nombre:	Paul y María Francisca.					
A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADORA): El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a												
17	¿E más anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	17.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Y pase a la pregunta 34					
18	¿El acompañante técnico le orientó/apoyó en el idioma que usted más usa?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR								
19	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre la atención exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	19.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
20	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	20.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
21	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre la supervisión con herramientas para los roles, como prevención y/o tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	21.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
22	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre lavado de manos de los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	22.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
23	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	23.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
24	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre asistencia oportuna a controles CHED y Vacunas?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	24.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
25	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	25.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
26	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre prácticas de interacción entre el cuidador principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	26.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
27	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre prácticas de comunicación entre el cuidador principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	27.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
28	El acompañante técnico le orientó/apoyó sobre desarrollo de habilidades de arena en el desarrollo de niños/as menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	28.1	Si marca SI, diga usted cómo ve esta capacitación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR

VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

FECHA DE VIGILANCIA

ACTOR COMUNAL (FACILITADORIA)-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° Y-063-2022-PAS-C

Teléfono Regional: 942 161 945
Teléfono Nacional: 984 056 296

29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	29.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	30.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
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>Se capacite en nuevas.</i>

B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADORIA): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)

34	Ajustamente ¿Cuántas familias tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?		10	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 brindarle orientación?		04	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 Cuna Más?						(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)
39	(a) <i>hacer de manos</i> (b) <i>lavarse agua segura</i> (c) <i>lavarse con jabón líquido</i> (d) <i>llevar mascarilla</i>						NS/NR
40	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?						(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)
41	(a) <i>hacer</i> (b) <i>educación</i> (c) <i>comunicar</i> (d) <i>...</i>						NS/NR

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	42.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
43	¿El Programa le entregó el 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 faltó?	<i>plata</i>
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	44.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
45	¿El Programa le entregó el 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 faltó?	
46	¿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?	
47	El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	47.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
48	¿El Programa le entregó oportunamente su Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

50	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (Videos sobre crianza, atención, consejos de crianza)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
51	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza o todos por el Programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
51.2	Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?						Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Aceptable <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR
51.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?						

III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor/a ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

52	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?		04	NS/NR	52.1	Si es MENOR que 02, diga ¿Por qué?	
53	En el presente año ¿La capacitación sobre las formas de prevención de COVID-19?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	53.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Buena <input checked="" type="checkbox"/> Aceptable <input checked="" type="checkbox"/> Mala <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR
54	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "Implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID-19?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 55.	
54.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido						(a) <input checked="" type="checkbox"/> Mascarilla (b) <input checked="" type="checkbox"/> Mascarilla quirúrgica (c) <input checked="" type="checkbox"/> Otro <input checked="" type="checkbox"/> Ninguno

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional: 942 161 945
Teléfono Nacional: 984 056 206

FICHA DE VIGILANCIA

ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° Y-063-2022-MS-C

54.2 ¿Como valoro usted los "implementos seriatos" que le entregaron?

54.3 ¿Que recomendaría usted para mejorar estos "implementos seriatos"?

Excelente Buena Regular Mala Muy Mala NS/NR

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (E) VEEDORA PREGUNTA al Actor Comunal:

55	TRANSPARENCIA					
55.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
55.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
55.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
56	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)			<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
56.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a dinero, regalo, o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NS/NR
56.2	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a apoyar o votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NS/NR
56.3	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o salir de algún con total a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?			<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NS/NR

57 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales: *Se me brinda educaciones me se reuniones y charlas.*

58 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales: *Por favor y entrega de Bros modelo de actividades educativas. Facilitar de los servicios con la ayuda de un psicólogo.*

59 FECHA FINAL de la entrevista: *30/11/2023.* HORA FINAL de la entrevista: *16:10.*

DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADORA QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACION DURANTE LA APLICACION DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	<i>71088666</i>	DNI:	<i>09000510</i>	DNI:	<i>04000510</i>
Nombres y Apellidos:	<i>Raith Nemesio Romero Dreyano</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Polando Alvarado Ayres</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Polando Alvarado Ayres</i>
Cargo:	<i>Facilitadora.</i>	Cargo:	<i>resp. Reg. cvr. Pasco</i>	Cargo:	<i>resp. Reg. cvr. Pasco.</i>
Correo electrónico:	<i>fulhummetero20@gmail.com</i>	Correo electrónico:	<i>pascoartelaperreg@gmail.com</i>	Correo electrónico:	<i>pasco.vrtrperreg@gmail.com</i>
Teléfono:	<i>995620950</i>	Teléfono:	<i>942161945</i>	Teléfono:	<i>942161945.</i>

Raif

