

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Surquillo, 24 de febrero de 2023

OFICIO N° 0037-2023-CTVC/LIMA Y CALLAO

Señor (a)

ELMEZ HONOC BONIFACIO

Coordinador Territorial Lima Metropolitana

Programa Nacional CUNA MÁS

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° 0011-2023-CTVC/LIC
- CASO N° 0012-2023-CTVC/LIC
- CASO N° 0013-2023-CTVC/LIC

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,



STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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 Lima y Callao: 994432613
Telf. Nacional: 984056206

CASO

N° 0013-2023-CTVC/LIC

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	18/02/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROJAS HUARANCCA AIDA NANCY	3. NÚMERO-DNI:	07869968
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA INTERSECTORIAL DE VILLA EL SALVADOR	5. CARGO:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	LIMA
9. DISTRITO:	VILLA EL SALVADOR	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MZ. U LT.12, PACHACAMAC, SECTOR II, AMPLIACION IV ETAPA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	45502351-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	3
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más, a cargo de la Unidad Territorial de Lima Metropolitana, la Sra. Aida Nancy Rojas Huarancca, presidenta del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Intersectorial de Villa El Salvador realizó la entrevista telefónica a la madre de la usuaria de iniciales K.L.V.B., atendida por el Comité de Gestión “La Sagrada Familia”, el día 18 de febrero del 2023 y se aplicó la ficha de vigilancia **V-013-2023-LIC-C**, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR CANASTA DE ALIMENTOS.** La madre de la usuaria del SCD indicó que les entregaron la canasta de alimentos hasta el mes de diciembre, en el mes de enero no han recibido nada, y que desconoce los motivos. Esta situación no estaría acorde a la **RDE055-2022-MIDIS/PNCM Atención Alimentaria y Nutricional del PNCM en Contexto no presencial**, en el numeral V Desarrollo “(...) Canasta de alimentos no perecibles, mediante entrega mensual, casa por casa, para que las madres, padres o cuidadoras/es principales de las/los niñas/os usuarias/os del PNCM, preparen su alimentación, de acuerdo con las orientaciones y recomendaciones que brinde el PNCM a través de los Actores Comunales...” Asimismo no estaría acorde a lo estipulado en la **RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de los servicios del PNCM en contextos no presenciales**, en el numeral 5.11 Atención alimentaria y nutricional (SCD) “(...) Canasta de alimentos no perecibles, mediante entrega mensual, casa por casa, para que las madres, padres o apoderados preparen la alimentación de las niñas y niños usuarios de PNCM, (...)”; y contraviene con la finalidad de la Atención alimentaria y nutricional, descrita en las Disposiciones Generales de la directiva que es “atender las necesidades nutricionales que contribuyan al crecimiento y desarrollo adecuado de la niña y niño, garantizando el acceso de alimentos inocuos y adecuados en cantidad, calidad aceptabilidad y pertinencia cultural, promoviendo prácticas y hábitos de alimentación saludable”.

Finalmente, la **Ley N°29158 “Ley Orgánica del Poder Ejecutivo”** en su artículo N°02 Principio de servicio al ciudadano, establece en los numerales: **1. Eficacia** la gestión se organiza para el cumplimiento oportuno de los objetivos y las metas gubernamentales. **8. Prevención:** gestión para enfrentar los riesgos que afecten la vida de las personas, y para asegurar la prestación de los servicios fundamentales.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.** Madre de la usuaria manifestó que tampoco les entregan los implementos de higiene y protección. Este punto no estaría acorde con lo indicado en la **RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM**, literal 5.10.1 que indica que la distribución del Kit de Higiene y protección se realiza de forma mensual para las familias usuarias del programa Cuna Más.

3. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.

Madre de la usuaria indica que hasta el momento no ha recibido ningún juego o cuento de parte del programa. Esta situación podría contravenir lo estipulado en el punto 5.10 de la **RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM** Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece que la entrega del kit DIT es para los usuarios continuadores por única vez; y definiendo "Usuario Continuator" a aquel que, en el mes correspondiente a la entrega de alimentos, kit de higiene y protección y/o kit DIT ha tenido al menos un contacto, así como también en el mes anterior, como parte de la prestación de servicios.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del Servicio de Cuidado Diurno y en observancia a los lineamientos técnicos del Programa Nacional Cuna Más y el modelo de cogestión, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los puntos críticos alertados en el presente caso.
- Mayor seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión y a los actores comunales, a fin de mejorar el servicio al usuario y se pueda fortalecer el desarrollo infantil a través de la entrega oportuna de canasta de alimentos, el kit de higiene y protección, y el KIT DIT.

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

1. Copia Ficha de Vigilancia N° V-013-2023-LIC-C (02 folios)
2. Anexo fotográfico (01 folio)


STALIN J. PORTAL CABANILLAS
Responsable Regional Lima Metropolitana y Callao
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 994432613

Teléfono Nacional: 984056206

FICHA DE VIGILANCIA HOGAR

USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V-013-2023-LIC-C

SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

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 encuesta)

1 FECHA de la entrevista: 18 / 02 / 2023 / 2 HORA de la entrevista: INICIAL 18:20 FINAL 18:40

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

3 DNI del Cuidador Principal: 45502351 4 NOMBRE y APELLIDOS: BLITZ LIZBETH BOZA BALTAZAR

5 DEPARTAMENTO: LIMA 6 PROVINCIA: LIMA

7 DISTRITO: VILLA EL SALVADOR 8 CCPP/Barrio/Dirección: MZ. U LT.12, PACHACAMAC, SECTOR II, AMPLIAC. IV ETAPA

9 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise: _____

10 LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece: SEMILITAS

11 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: LA SAGRADA FAMILIA

12 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

13 Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1

14 Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 0 Meses: 10 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:

15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI SI NO NS/NR

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

16 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED) SI NO NS/NR

17 ¿Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo? Niño 1: Niño 2: x Niño 3: dic NS/NR

18 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros) 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 han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina SI NO NS/NR

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

20 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

20.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: había mucha cola en la posta, y tiene clases virtuales de sus menores hijos (no pudo especificar)

21 ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería? SI NO NS/NR

21.1 Señale su nombre: Carmen

22 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

22.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 2 días NS/NR NA

23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal? SI NO NS/NR

23.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos SI NO NS/NR

23.2 Cómo valora usted estas orientaciones: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo

24 Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a: a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros NS/NR

24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:

25 Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?: 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 todas NS/NR

25.1 Si la respuesta es Otros, mencione: cuando tocan dinero

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 994432613

Teléfono Nacional: 984056206

FICHA DE VIGILANCIA HOGAR

USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V-013-2023-LIC-C

SEDE REGIONAL LIMA METROPOLITANA Y CALLAO

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?	SI	NO	NS/NR		
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más? no	SI	NO	NS/NR		
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:					
	Alimento 1 _____ Alimento 2 _____ Alimento 3 _____ Alimento 4 _____ Alimento 5 _____	NS/NR		NA		
	Alimento 6 _____ Alimento 7 _____ Alimento 8 _____ Alimento 9 _____ Alimento 10 _____					
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:					
	Todo bien					
28	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		
28.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?	SI	NO	NS/NR		
29.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?					
30	Cómo valora usted el trato de la madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	
31	¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR		
32	¿Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	SI	NO	NS/NR		
32.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	NA
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:					
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?					
	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla () c) Distanciamiento-1.5metros (X) Ninguna () Otros ()					
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis () b) Segunda dosis (4) c) Ninguna ()					
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué					
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO	NS/NR		
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/NR		
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO	NS/NR		
38	OBSERVACIONES (o dificultades)					
39	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:	AIDA NANCY ROJAS HUARANCCA	Nombres y Apellidos:	LILIAN LUISA OSCCO ABARCA			
DNI:	07869968	DNI:	23961982			
Cargo:	PRESIDENTA	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO			
Correo electrónico:	ronancy@gmail.com	Correo electrónico:	limametro.2rvctvcperu@gmail.com			

ANEXO 01. CAPTURA DE PANTALLA A LA LLAMADA REALIZADA A LA FAMILIA DEL USUARIO DEL PNCM

