

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS
"Año de la Unidad La Paz y el Desarrollo"

Iquitos, 26 de enero de 2023

OFICIO N°006-2023-CTVC/LORETO IQUITOS

Señor (a)
Carmen Rosa Martínez Tararocha
Jefe de la Unidad Territorial – Loreto
Programa Nacional CUNA MÁS
Presente. -

Asunto : Se ALERTA uno (01) 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° 0017-2023-CTVC/IQU

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


ELVA ROSA CARMONA DE CHU
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-LORETO-IQUITOS



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. IQUITOS:942161156 Telf. LIMA: 951864589	CASO	N° 0017-2023-CTVC/IQU
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO: 18/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:		
2. APELLIDOS NOMBRES:	FALCÓN NARVÁEZ ESTEBAN	3. NÚMERO-DNI: 05302671
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCA CIUDADANA	5. CARGO: PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA: 18/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA: MAYNAS
9. DISTRITO:	LAS AMAZONAS	10. CCPP/DIRECCIÓN: YANASHI
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? 05277924-FACILITADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS 01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):		

Con fecha 18/11/2022 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios Presenciales del PNCM, se entrevistó a la Señora Carmen Ruíz Alonso, con DNI N° 05277924, Facilitadora del Comité de Gestión “Juntos por los Niños”; información recogida mediante Ficha de Vigilancia N° V-170-2022-IQU-C, donde se registró el punto crítico descrito a continuación:

- 1. ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista, la facilitadora manifestó no conocer la existencia de la plataforma “Cuna Más digital”, además de no recibir información acerca de dicho recurso. Esta situación estaría contraviniendo la RDE No 000334-2022- MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2022” en el numeral 6.6.2 Comunicación Digital dice que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONNES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del Proceso de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos presenciales que se brinda a las familias de los niños (as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.

- Que el programa realice las indagaciones respectivas del punto crítico e informar las acciones implementadas, además de resolver en el plazo establecido según la ruta de emisión de alertas.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-170-2022-IQU-C (03 Folios)


ELVA ROSA CARMONA DE CHU
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-LORETO-IQUITOS



ANEXO

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LOBETO IGUITOS
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
FICHA DE VIGILANCIA
ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A) SAF-PRESENCIAL
 CODIGO N° Y-170-2022-JBU-C

Teléfono Regional: 942161156
 Teléfono Nacional: 951844509

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

INDICACIONES: El Valor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta ficha a una FACILITADOR/A del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUBA MAS. El Valor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información. El Valor/Vigilante debe marcar con "X" a con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.

Es toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → IN/No Verificó NS/No sabe, no responde NA/No aplica.

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 18/11/22 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 4.00pm.

3 DNI del Actor Comunal (Facilitador/a): 15237924 4 NOMBRE Y APELLIDOS: Carmen Ruiz Alerzo.

5 DEPARTAMENTO: Loreto 6 PROVINCIA: Maynas

7 DISTRITO: Las Amazonas 8 CC/PR/Barrío/Dirección: Yanoshi

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Juntos por los Niños 11 TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES): 72 meses.

10 EDAD del Actor Comunal: 60 años

12 NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior (h) Otro: X Español (i) Quechua (j) Aymara (k) Asháninka (l) Awajún

13 IDIOMA que usa más (idioma predominante): X Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro

14 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?
 (Usted considere que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?)
 X NO 14.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para que crezcan sanos.
 X SI 14.2 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Ayuda a desarrollarse.
 X SI 14.3 Si marca SI, diga su nombre: Jonathan Ruiz Mendez.

A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (E) Veedor/a PRECUNTA al Facilitador/a

17 ¿Ej mes anterior (E) acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?
 X NO 17.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
 X NO 17.2 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

18 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita en el idioma que usted más usa?
 X NO 18.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

19 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses?
 X NO 19.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

20 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?
 X NO 20.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

21 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?
 X NO 21.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

22 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre prevención y/o tratamiento?
 X NO 22.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

23 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?
 X NO 23.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

24 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre asistencia oportuna a controles ORED y Vigilancia?
 X NO 24.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

25 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?
 X NO 25.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

26 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidador/a principal y/o niño/a menor de 36 meses?
 X NO 26.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

27 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador/a principal y/o niño/a menor de 36 meses?
 X NO 27.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

28 ¿Ej acompañante técnico le orientó/capacita sobre discusión de oportunidades de apoyo en el desarrollo de niños/as menores de 36 meses?
 X NO 28.1 Si marca SI, diga usted cómo estuvo esta capacitación: Excelente

y pasar a la pregunta 34

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LOS RÍOS TOROTOS

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

ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A) - PRESENCIAL

Teléfono Regional: 942161156

Teléfono Nacional: 951984588

FECHA DE VIGILANCIA

CODIGO N°

29	El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó	No se usaron.
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
33	¿Qué recomendación utilizó para mejorar estas orientaciones/capacitaciones?				

B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A): (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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?	
35	¿El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliares a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
36	¿El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliares realizó a un mismo hogar para brindar orientación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si es MENOR que 14, 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"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
38	¿Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as menores de 12 meses?			(El veeedor/a originalmente escribe en las espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)	

39 (a) Lavado de Manos (b) Agua Segura (c) _____ (d) _____

40 ¿En qué forma hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as menores de 12 meses? (a) _____ (b) _____

41 (a) Control Crecimiento (b) Vacunación (c) Famijaje (d) Seguimiento

42 ¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?
 SI | NO | Si marca NO, diga ¿Por qué? | || 43 | ¿El Programa le entregó el 99 de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias? | SI | NO | Si marca NO, diga ¿Qué materiales le faltó? | |
44	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
45	¿El Programa le entregó el 100 de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le faltó?	
46	¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as menores de 12 meses?	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
47	¿El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario?	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
48	¿El Programa le entregó oportunamente su Incentivo Monetario?	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
49	¿El mes pasado ¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias?	SI	NO	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 control, alimentación, consejos de crianza)?
 SI | NO | Si marca NO, diga ¿Por qué? | |

51 ¿Usted ha visto algún material adicional sobre control, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?
 SI | NO | Si marca NO, diga ¿Por qué? | |

51.2 Si marca SI, ¿Cómo valoró usted los materiales audiovisuales que ha visto? Importante

51.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? Trabaja en su Laptop las temáticas.

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

52 ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?
 4 | 3 | 2 | 1 | 0 | No recibió |

53 En el presente año ¿La capacitación sobre las formas de prevención de COVID-19?
 SI | NO | Si marca SI, diga cuál fue la capacitación? | |

54 En los últimos 2 meses ¿La entregaron a usted "Implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID-19?
 SI | NO | Si marca NO, NS/RP, pase a la pregunta 55. | |

54.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

Un (1) Botón de Alarma por COVID-19 Otro: _____

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO IGUITOS

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

Teléfono Regional: 942161156 CODIGO N°
 Teléfono Nacional: 951864589 FICHA DE VIGILANCIA
 ACTOR COMUNAL (FACILITADOR(A)-SAF-PRESENCIAL)

54.2 ¿Cómo veiros utilidad los "implementos sanitarios" que le entregaron? /
 54.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios"? / Ninguno

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

55 TRANSPARENCIA	Existencia	Aceptable	Regular	Mala	NO	NO
55.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
55.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
55.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>			<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
56 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)						
56.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o Facilitador(a) y/o servidor público le pidió al usuario(a) dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
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 más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?					<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

57 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales

58 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales

59 FECHA FINAL de la entrevista: 18/11/22 HORA FINAL de la entrevista: 4:00 pm.

DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADOR(A) QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA	DATOS DEL VEEADOR - 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: 05277924	DNI: 05302671	DNI: 05240895
Nombres y Apellidos: Carmen Ruiz Alonzo	Nombres y Apellidos: Esteban Falcón Narvaez	Nombres y Apellidos: ELYA ROSA CARMONA DE CHU
Cargo: Facilitadora	Cargo: Presidente CNC	Cargo: RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico: 995-749488	Correo electrónico: estebanfalconnarvaez@gmail.com	Correo electrónico: 10767017@revesc.pcv@gmail.com
Teléfono: 995-749488	Teléfono: 932-439389	Teléfono: 942161156