

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0009-2023-CTVC/ANCASH

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



Presente.

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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° 0030-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0031-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0032-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0033-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0034-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0035-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0036-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0037-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0038-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0039-2023-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,


MARITZA MALLOQUI AGUILAR
Representante Regional Equipo Técnico Ancash
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 Ancash: 942154203

Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0036-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: CUNA MAS 1. FECHA DE REGISTRO: 04/12/2022

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES: MEDINA FIGUEROA VIRNA SIOBBHAN STEPHANIE 3. NÚMERO-DNI: 47474116

4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - SEDE ANCASH 5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: 6. FECHA DE OCURRENCIA: 04/12/2022

7. DEPARTAMENTO: ANCASH 8. PROVINCIA: HUARI

9. DISTRITO: PONTO 10. CCPP/DIRECCIÓN: PONTO

11. PROCESO: GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS 12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? 72498212-CUIDADOR PRINCIPAL

13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 01 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 Más, se entrevistó telefónicamente a la Sra. Maylee Nayeli Espinoza Jaimes, cuidadora principal de una familia usuaria del Comité de Gestión "Punto Corazón", evidenciándose el siguiente punto crítico:

- FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL":** La cuidadora principal en la entrevista indicó NO tener conocimiento de este servicio, tampoco la facilitadora le ha compartido contenidos audiovisuales, 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:

- Potenciar el uso de los medios digitales para la difusión de la multiplataforma "Cuna Más Digital" a través de los medios disponibles de manera que se promueva de manera significativa y entretenida en gestantes, madres, padres y cuidadores principales conocimientos prácticos para lograr una infancia saludable, segura y feliz.
- 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: 04)

- Copia de la Ficha V-342-2022-ANC-C (04 folios).



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

Familia Usuario SAF PRESENCIAL
FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA
(a) Vigilancia Presencial (b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA CUMPLA CON LOS REQUISITOS ESTABLECIDOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.
INDICADORES: El Usuario/Usuario del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana refrenda este Fichero de Seguimiento a un servicio usuario del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.
El Usuario/Vigilante se presentará ante el evaluador principal padre, padre o tutor de la familia, la esposa o el jefe de la familia y luego la sociedad beneficiaria.

En toda la FICHA tomar en cuenta esta LEYENDA: → Híjalo/llíjalo, no responde. Múltiple opción

1. FECHA INICIAL de la Vigilancia: 04/12/2022 2. HORA INICIAL de la Vigilancia: 16:30

3. DNI del Cuidador/a Principal: 7249212 4. NOMBRE y APELLIDOS: Mayra Noveli Espinoza Jimenez

5. DEPARTAMENTO: ANCASH 6. PROVINCIA: HUACRA

7. DISTRITO: PUNTO 8. CCP/Barrío/Dirección: PUNTO

9. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Punto Corazón

10. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: (a) Padre (b) Madre (c) Otro

11. IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Arawak (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (E) Verdaderamente PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)

12. En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES
	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
13. Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (an apellidos)	Eythan Zaid						
14. Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	27						
15. Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
16. ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
17. ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
18. ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
19. ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	12	22	NS/NR	NS/NR	NS/NR	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
20. ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21. ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22. ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23. ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca SI, diga ¿Por qué?

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS

24. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses? NO NS/NR 24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? No se esfuerza ni hace acciones.

25. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses? NO NS/NR 25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Mejor desenvolvimiento y aprendizaje.

26. ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más? NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga su nombre: Cecilia

Teléfono Regional: 942154203
 Teléfono Nacional: 945094902

51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?		
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	Ninguno						
53	El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54.		
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de armadillo	<input checked="" type="checkbox"/>	Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas		NS/NR
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	<input checked="" type="checkbox"/>	Un año para ensartar	(k) Otro		NS/NR
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	<input type="checkbox"/>	Un libro de tela			NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(d) Un muñeco de tela	<input checked="" type="checkbox"/>	Un juego de vasos lógicos	(g) Una manita de algodón o polar o alambra de tela		NS/NR
		(b) Una pelota	(e) Un juego de entrelazados	<input checked="" type="checkbox"/>	Un juego de bloques lógicos	(h) Otro		NS/NR
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?							
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?							

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 36 MESES (E) Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?			y pase a la pregunta 66	
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?			y pase a la pregunta 66	
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Casi siempre	A veces	
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	57.1				Nunca	
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)	70								
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	59.1					
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	60.1					
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	61.1					
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: Alfombras, libros, juguetes.				
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?	Ninguno								

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

66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? Dejar en blanco que es			
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? No tiene ese contenido			y pase a la pregunta 68:
67.2	Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?								
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?								

		Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
--	--	-----------	-------	-----------	---------	------	-------

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SAMITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del Hogar)

68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70:				
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Un jabón líquido con dispensador	<input checked="" type="checkbox"/> (b) Cuatro mascarillas respiradores KN95	<input type="checkbox"/> (c) Otro					NS/NR
69.2	¿Cómo valoró usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	<input type="checkbox"/> Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Malo			NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?								
70	¿El Facilitador/a le preguntó sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					NS/NR
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					NS/NR
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					NS/NR
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos con agua y jabón o el uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					NS/NR

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del Hogar)

74	TRANSPARENCIA								
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					

75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)								
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le brindó el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le brindó el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le brindó el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					

76. OBSERVACIONES / COMENTARIOS

77. RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

78. FECHA FINAL de la entrevista: 04 / 12 / 2022 HORA FINAL de la entrevista: 17 : 00

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE 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:	72498212	DNI:	43434116
Nombres y Apellidos:	Mayra Nayeli Espinoza Jaimez	Nombres y Apellidos:	Vinna Sotthian S. Medina Figueroa
Cargo:	Cuidadora Principal	Cargo:	Responsable de Campo
Correo electrónico:		Correo electrónico:	anacab.2valcayacu@ gmail.com
Teléfono:	982493846	Teléfono:	942152026