

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)<sup>1</sup>:

- 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,



<sup>1</sup> 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° 0037-2023-CTVC/ANC**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	06/12/2022
------------------	----------	-----------------------	------------

**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:		06/12/2022	
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUAYLAS
9. DISTRITO:	YURACMARCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	YURACMARCA
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	76583093-FACILITADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	09	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. Sharon Stefany Laurencio Sarabia, facilitadora del Comité de Gestión "Progreso Yuracmarquino", evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL":** La facilitadora en la entrevista indicó que nadie le comentó sobre ese servicio a pesar de haber visto material audiovisual; por tal motivo 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 Comité de Gestión del Programa Cuna Más en el distrito de Yuracmarca para poder potenciar el uso de los medios digitales.
- 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-344-2022-ANC-C (03 folios).

  
**Virna 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)**

CODIGO N° V. 344 - 2022 - ANC - C

**ACTOR COMUNITARIO (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL**

**¿Se aplica FICHA dentro de campaña?** (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

**(a) Vigilancia Presencial**  **(b) Vigilancia NO Presencial**

**OBJETIVO:** VISIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES. El Veedor/a Ciudadano aplicará esta ficha a una FACILITADOR/A del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUMA MAS. El Veedor/a Ciudadano se presentará ante una Facilitador, le explicará el objetivo de la actividad, luego solicitará información. El Veedor/a Ciudadano debe marcar con "X" la alternativa elegida en cada pregunta.

**MOCCIONES:** El Veedor/a Ciudadano debe marcar con "X" la alternativa elegida en cada pregunta.

En toda la FICHA tomar en cuenta esta LEYENDA: -- Nulo/a No/a -- No/a No/a -- No/a No/a -- No/a No/a --

<b>1 FECHA INICIAL de la Vigilancia:</b>	06 / 19 / 2022	<b>2 HORA INICIAL de la Vigilancia:</b>	15:40
<b>I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA</b>			
<b>3 DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):</b>	76563093	<b>4 NOMBRE Y APELLIDOS:</b>	Shanon Stepany Lourenco Sorabira
<b>5 DEPARTAMENTO:</b>	ANCASH	<b>6 PROVINCIA:</b>	HUAYLAS
<b>7 DISTRITO:</b>	YURACHMARCA	<b>8 CCPP/Barrio/Dirección:</b>	YURACHMARCA
<b>9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:</b>	Progreso Yurachmarquino		
<b>10 EDAD del Actor Comunal:</b>	25	<b>11 TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):</b>	34
<b>12 NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:</b>	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico Superior		
<b>13 IDIOMA que usa más idioma predominante:</b>	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro		
<b>II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS</b>			
<b>14 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>14.1 ¿Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:</b>	Para la salud del niño/a y su seguridad
<b>15 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>15.1 ¿Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:</b>	Mejorar el desarrollo de los niños
<b>16 ¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>16.1 ¿Si marca SI, diga su nombre:</b>	Jesús Roberto Villanueva
<b>A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (E) Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a)</b>			
<b>17 ¿El mes anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>17.1 ¿Si marca NO, diga ¿Por qué?:</b>	
<b>18 ¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI		
<b>19 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses de edad?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>19.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>20 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>20.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>21 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre la suplementación con hierro para los niños, como prevención y/o tratamiento?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>21.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>22 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/as?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>22.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>23 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>23.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>24 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre asistencia oportuna a controles CRED y Vacunas?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>24.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>25 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>25.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>26 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>26.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>27 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador principal y su niño/a menor de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>27.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>28 El acompañante técnico le orienta/capacita sobre detección de signos/señales de alerta en el desarrollo de niños/as menor de 36 meses?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>28.1</b>	Si marca SI, diga cómo ve usted esta capacitación: Excelente
<b>29 ¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>29.1</b>	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: Periódico, pluma, etc.
<b>30 ¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?</b>	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<b>30.1</b>	Si marca NO, diga ¿Por qué?:



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																																	
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																																	
SEDE REGIONAL ANCASH																																	
FICHA DE VIGILANCIA																																	
ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL																																	
CODIGO N° V - 344 - 2022 - ANC - C																																	
Teléfono Regional: 942154203																																	
Teléfono Nacional: 945095602																																	
III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)																																	
52 ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?																																	
04 NS/NR Si es MENOR que 02, diga ¿Por qué?;																																	
53 En el presente año ¿Le capacitaron sobre las formas de prevención de COVID 19?																																	
53.1 <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR <input type="checkbox"/> SI marca SI, diga cómo y dónde estuvo capacitado;																																	
54 En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "Implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?																																	
54.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido																																	
<table border="1"> <tr> <td>NS/NR</td> <td>SI marca NO, NS/NR, pasa a la pregunta 55:</td> <td>Excelente</td> <td>Buena</td> <td>Aceptable</td> <td>Regular</td> <td>Mala</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>SI</td> <td>(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°</td> <td>(c) Veinte (20) mascarillas respiratorias K (e) Otro</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>(b) Un (1) frasco de Alcohol Líquido</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										NS/NR	SI marca NO, NS/NR, pasa a la pregunta 55:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR	SI	(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°	(c) Veinte (20) mascarillas respiratorias K (e) Otro							(b) Un (1) frasco de Alcohol Líquido	<input checked="" type="checkbox"/> Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas					
NS/NR	SI marca NO, NS/NR, pasa a la pregunta 55:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR																										
SI	(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°	(c) Veinte (20) mascarillas respiratorias K (e) Otro																															
	(b) Un (1) frasco de Alcohol Líquido	<input checked="" type="checkbox"/> Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas																															
54.2 ¿Cómo valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?																																	
54.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios" ? Que manden los demás implementos.																																	
IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a 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?																																	
55.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias																																	
55.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?																																	
56 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)																																	
56.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a ceder, restar o favorecer a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?																																	
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?																																	
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 alguna reunión a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?																																	
57 OBSERVACIONES / COMENTARIOS																																	
58 RECOMENDACIONES / SUBSERENCIAS																																	
59 FECHA FINAL de la entrevista: 06 / 12 / 2022 HORA FINAL de la entrevista: 16 : 06																																	
DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADORA 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: 76583093		DNI:			DNI: 43434116																												
Nombres y Apellidos: Shiron Stegany Lourenco Sotobia		Nombres y Apellidos:			Nombres y Apellidos: Virno Sibilhuan S. Medina Figueroa																												
Cargo: Facilitadora		Cargo:			Cargo: Responsable de Campo																												
Correo electrónico: —		Correo electrónico:			Correo electrónico: ancash.212@cuprum.com.pe																												
Teléfono: 925746595		Teléfono:			Teléfono: 942162028																												