

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH**

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0010-2023-CTVC/ANCASH

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



Presente. –

Asunto : Se ALERTA doce (12) 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° 0040-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0041-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0042-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0043-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0044-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0045-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0046-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0047-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0048-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0049-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0050-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0051-2023-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 Mallqui Aguilar
MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Espacio Técnico Asesor
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 sustentó 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° 0044-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO: 24/11/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES: TARAZONA DE RAMIREZ GENOVEVA FORTUNATA		3. NÚMERO-DNI: 32604064	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE HUAYLLAN		5. CARGO: PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:			6. FECHA DE OCURRENCIA: 24/11/2022
7. DEPARTAMENTO: ANCASH	8. PROVINCIA: POMABAMBA		
9. DISTRITO: HUAYLLAN	10. CCPP/DIRECCIÓN: ATOJPAMPA		
11. PROCESO: GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	40654244-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	05	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento de Familias del Programa Cuna Más, se entrevistó a la Sra. Milca Maritza Castañeda Miranda, cuidadora principal de una familia usuaria del Comité de Gestión "Sueños Mágicos" del distrito de Huayllan, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **ACTOR COMUNAL NO UTILIZA MATERIAL EDUCATIVO DURANTE EL DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIA USUARIA:** En la entrevista la madre, cuidadora principal, señaló, en las vistas que realiza la facilitadora a su hogar NO porta materiales educativos tales como juguetes, para el desarrollo de las actividades durante la visita domiciliaria.
2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA:** Durante la entrevista la madre indicó, que a su menor hija, usuaria del programa, a la fecha NO se le ha entregado materiales educativos correspondientes al kit de Familia, para niños/as de 19 a 36 meses, que según su edad le correspondería, tampoco le informaron las razones por las cuales a la fecha no han procedido con la entrega de los materiales, los que le permitirán reforzar la aplicación de las prácticas de aprendizaje de su niña en casa. La RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE que aprueba la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados, contempla la entrega de "Kit de materiales para las Familia".
3. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL":** La Sra. Milca Castañeda también manifestó, que no conoce la Plataforma "Cuna Más Digital", ni los contenidos que ofrece; además, informó que no ha visto ni recepcionado material audiovisual con temática relacionada a consejos de crianza, cuentos y otros que proporciona el Programa, lo cual limitaría su acceso a los beneficios que esta plataforma ofrece, como son la promoción de prácticas de cuidado, nutrición y el bienestar social y físico.
4. **ACTOR COMUNAL NO USA DOBLE MASCARILLA DURANTE REALIZACIÓN DE VISITA DOMICILIARIA/SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN:** Además señalo, durante la visita de la facilitadora a su vivienda esta NO hace uso de ninguna mascarilla durante su permanencia en el hogar. Esta situación no contribuye en el cumplimiento de las medidas de protección del servicio de acuerdo a lo establecido. Situación que estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 5.4 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA EN EL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS, inciso c) Acciones durante la visita domiciliaria; Utiliza doble mascarilla que le cubra la boca y la nariz durante la visita.

5. **ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE EL LAVADO DE MANOS DE NIÑOS AL INICIAR UNA VISITA DOMICILIARIA/SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN:** Al respecto la entrevistada afirmó que la facilitadora no promueve el lavado de manos o la desinfección, durante la visita domiciliaria. Situación que estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 5.2.1 Visita Domiciliaria de Acompañamiento Familiar, literal c. donde se hace mención los momentos que se debe cumplir en las visitas a las familias con niña o niño.

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:
 - Garantizar la entrega del Kit de Familia a este hogar en cumplimiento de la normatividad del programa y la importancia de estos materiales para el aprendizaje infantil de usuario del programa. Acompañar al actor comunal para verificar el adecuado uso de los materiales educativos entregados por el Programa, para asegurar el fortalecimiento de las practicas de cuidado saludable y aprendizaje del ciudadano principal.
 - Mejorar las acciones de acompañamiento a las familias, garantizando que se promuevan practicas de aprendizaje a las familias usuarias a través del correcto cumplimiento de las estrategias metodológicas previstas por el programa: uso de amteria educativo que según información de la familia no se vendria realizando.
 - Se tomen las medidas que promuevan el alcance de los servicios y contenidos de la Plataforma Cuna Más Digital a las familias usuarias del Programa Cuna Más en el distrito de Huayllán pues, de acuerdo a lo informado en otros casos, este servicio es valorado positivamente por familias y actores comunales.
 - Garantizar el uso de doble mascarilla y el cumplimiento del lavado de manos de parte de las facilitadoras, a fin de que se cumpla con las Medidas de protección sanitaria en el servicio de acompañamiento a familias.
 - Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre lo sucedido, las medidas adoptadas y las acciones que vienen estableciendo para la solución de las situaciones críticas alertadas en este caso, en relación a los principios y estándares de calidad ofrecidos por el programa Cuna Más.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04)

- 1.- Copia de la Ficha V-321-2022-ANC-C (04 folios).



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AICASH
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

CODIGO N° V-C 3.2.-2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 645095602

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

(a) 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 FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.
INDICADORES: El Visitador/a del Cuadro Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplica esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa CUNA MAS.
El Visitador/a se presenta ante el responsable principal dentro, antes o fuera de la familia, lo represente al respecto de la vigilancia y luego la subtitula/identifica.
Si el Visitador/a debe asociar con "X" la alternativa elegida en esta pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde M=No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 04/11/2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 2:pm

3 DNI del Cuidador/a Principal: 456612064 4 NOMBRE Y APELLIDOS: Mica Estalaida Murodo

5 DEPARTAMENTO: AICASH 6 PROVINCIA: Pucallanca

7 DISTRITO: Huayllay 8 CC/PP/Barría/Dirección: Pajarito

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Susana Murodo

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) Asháninka (e) Awajún (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (E) Veedora PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:

12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?	NIÑO/A 1				NIÑO/A 2				NIÑO/A 3				OBSERVACIONES
		(a)	(b)	(c)	(d)	(a)	(b)	(c)	(d)	(a)	(b)	(c)	(d)	
13	¿Precisa el nombre de sus niños/as usuarios/as del Programa (sin apellidos)?	Mica/Esmeralda												
14	¿Precisa la edad de sus niños/as usuarios/as del Programa (en meses)?	30 meses												
15	¿Precisa el sexo de sus niños/as usuarios/as del Programa?													
16	¿Sus niños/as usuarios/as tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17	¿Sus niños/as usuarios/as están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarios/as tienen carnet de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus niños/as usuarios/as en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)?	05/09												Si marca NO, diga ¿Por qué?
20	¿Sus niños/as usuarios/as recibieron las vacunas que les corresponde?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus niños/as usuarios/as consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus niños/as usuarios/as se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarios/as tienen Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS/AS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses? SI NO NS/NR 24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Se lo base de su desarrollo y hay que

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses? SI NO NS/NR 25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Entre temario, estimulo en el desarrollo de su inteligencia

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

26.1

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

ESTADO DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-321 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945985602

51	¿Usted está satisfecha con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI/ NO	NSNR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? <i>no he tenido juego con el niño</i>				
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	SI/ NO	NSNR	52.1	Si marca NO, NSNR, <i>que envíen más jugos - cumple con su función con el niño</i>				
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niña/o?	SI/ NO	NSNR	53.1	Si marca NO, NSNR, <i>passo a la pregunta 54:</i>				
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niña/o de 00 a 18 meses de edad	(a) Una soga (b) Una pelota (c) Dos cuartos	(d) Un juego de almohadita (e) Un juego de animales de plástico (f) Un juego de alimentos	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un aro para ensanar (i) Un aro de tela	(j) Un rompecabezas (k) Otro				NSNR NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niña/o de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión (b) Una pelota	(c) Un muñeco de tela (d) Un juego de entredados	(e) Un juego de vasos lógicos (f) Un juego de bloques lógicos	(g) Una manita de algodón o polar o alfombra de tela (h) Otro				NSNR NA
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?								NSNR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?								NSNR

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

54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
56	¿El facilitador/a acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca		
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI/ NO	NSNR	57.1							
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)				58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?					
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	59.1							
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	60.1							
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI/ NO	NSNR	61.1							
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:						
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
64	¿Está satisfecha con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI/ NO	NSNR	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?										

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El 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)?	SI/ NO	NSNR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI/ NO	NSNR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?						
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	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NSNR
--	--	--	--	--	--	-----------	-------	-----------	---------	------	------

