

Huancavelica, 27 de noviembre de 2022

OFICIO N° 0077-2022-CTVC/HUANCAMELICA



Señor(a)
Juana Lizana Huaira
Coordinadora Territorial Huancavelica
Programa Nacional Cuna Más
Presente. -

Asunto : Se ALERTA CATORCE (14) 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.

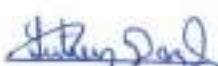
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0091-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0092-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0093-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0094-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0095-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0096-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0097-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0098-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0099-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0100-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0101-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0102-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0103-2022-CTVC/HVC
- CASO N° 0104-2022-CTVC/HVC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación del 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


Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional



PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS
U.T. HUANCAMELICA
TRAMITE DOCUMENTARIO
RECIBIDO

28 DIC. 2022

Registro N° VTHU 4700

Fecha: 11.25 am Firma: 

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. HUANCVELICA: 942153032 Telf. LIMA: 951864589	CASO	N° 0097-CTVC/HVC
---	------	------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	22/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ELIZABETH QUISPE FLORES	3. NÚMERO-DNI:	10752841
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:
7. DEPARTAMENTO:	HUANCVELICA	8. PROVINCIA:	HUAYTARA
9. DISTRITO:	SAN ANTONIO DE CUSICANCHA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	TENERIA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	70175597-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	04
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, mediante Ficha de Vigilancia N° V-164-2022-HVC.C, realizó vigilancia presencial, a la Sra. YAURICASA HUAMAN, LUVIA NOEMY, con DNI N° 70175597, cuidador principal del menor de iniciales R.Y.E.R. con DNI N° 92414652, usuario del Servicio de Acompañamiento a Familias, identificándose los puntos críticos descritos a continuación: (Ver anexo 01).

1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA

Según refiere la Sra. YAURICASA HUAMAN, LUVIA NOEMY, el mes pasado la facilitadora la visitó únicamente dos veces. Lo mencionado, pone de manifiesto que no se estaría incumpliendo con la frecuencia de visitas domiciliarias establecida por el Programa para orientar sobre la importancia de las prácticas de cuidado, juego, la comunicación e interacción con su niño a la cuidadora principal.

2. VISITA DOMICILIARIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURA MENOS DE 60 MINUTOS.

Al respecto, la Sra. YAURICASA HUAMAN, LUVIA NOEMY (cuidadora principal), refiere que las visitas domiciliares que viene recibiendo de la facilitadora, tiene una duración aproximada de 10 minutos aproximadamente. Lo mencionado estaría incumpliendo con el tiempo de duración de las visitas domiciliarias establecida por el Programa.

3. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.

Al ser consultada sobre las sesiones de socialización, la Sra. YAURICASA HUAMAN, LUVIA NOEMY (cuidadora principal), refiere que NO participa de dichas sesiones, porque desconoce la fecha, hora y lugar de convocatoria. Aparentemente, la familia no estaría participando de sesiones grupales que busca fortalecer capacidades de la madre, padre u otro cuidador principal para el desarrollo integral de las niñas y niños en participación colectiva, que les permita compartir experiencias y aprender juntos.

4. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL"

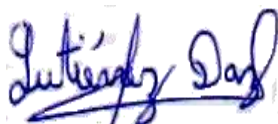
En consulta realizada a la Sra. YAURICASA HUAMAN, LUVIA NOEMY (cuidadora principal), refirió desconocer la multiplataforma de "Cuna Mas Digital", así mismo refirió que jamás observó contenidos audiovisuales gratuitos especializados compartidos a través de las redes sociales y WhatsApp que busca impulsar el Desarrollo Infantil Temprano en el marco de la estrategia de la primera Infancia.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se sugiere el cumplimiento de lo señalado en el numeral 4.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización: Durante la gestación y desde el nacimiento hasta los 36 meses: Cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales, además Sesiones de Socialización: Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso, del numeral 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias, RDE-000026-2022-MIDIS/PNCM-DE. "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1, a fin de garantizar la cantidad de visitas domiciliarias que debería recibir el hogar a fin de garantizar un servicio de calidad a los usuarios del programa.
- Se sugiere el cumplimiento de lo señalado en el numeral 5.2.1 VISITA DOMICILIARIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR: Duración de la visita: 60 minutos aproximadamente, a. Organización operativa: 5.2 Ejecución de la Prestación del SAF, RDE-000026-2022-MIDIS/PNCM-DE. "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1, a fin de garantizar el tiempo de duración de las visitas domiciliarias que debería recibir el hogar a fin de garantizar un servicio de calidad a los usuarios del programa
- Con el objetivo de dar a conocer de manera significativa y entretenida, en gestantes, madres, padres y cuidadores/as principales los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Además, promueve el fortalecimiento del vínculo afectivo entre madre, padre o cuidador/a y la niña o niño para lograr una infancia saludable, segura y feliz, se sugiere la implementación de promoción de contenidos de la multi-Plataforma que brinda el programa Cuna Mas entre las cuidadoras principales y población en general.

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

1. Una (01) Ficha de Vigilancia V-164-2022-HVC-C (04 folios).



Yudith Isabel Cutiérrez Daza
Responsable Regional



1. Una (01) Ficha de Vigilancia V-164-2022-HVC-C

COM. DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUD. ANA		SERIE REGIONAL HUANCAYELICA		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-0164 -2022-HVC-C	
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
				(a) Vigilancia Presencial		(b) Vigilancia NO Presencial	
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	22.11.2021		2		HORA INICIAL de la Vigilancia:	
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS							
INDICADORES: El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (padre, padre o tutor de la familia, la educadora o el objetivo de la vigilancia y luego la solicitud información. Si Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.							
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: NS/NF=No sabe, no responde NA=No aplica							
I. DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA							
3	DNI del Cuidador/a Principal:	70175597		4	NOMBRE y APELLIDOS:	Livia Yaurisaca Huamán	
5	DEPARTAMENTO:	Huancavelica		6	PROVINCIA:	Huaytara	
7	DISTRITO:	S.A. Curacancha		8	CCPP/Barrío/Dirección:	Tancoria	
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece: Nombre:	5 Comités					
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario (a):	Padre		(a) Padre	(b) Madre	(c) Otro:	
11	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	Español		(a) Quechua	(b) Aymara	(c) Ayllu	(d) Otro:
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/PREGUNTA al Cuidador/a Principal de la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)							
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios del Programa Cuna Más?	1		Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:			
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO							
13	¿Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (en apellidos)?	Livia		NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	OBSERVACIONES
14	¿Precisa la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)?	18		(F)	(M)	(F)	(M)
15	¿Precisa el sexo de sus niños/as usuarios del Programa?	F		(F)	(M)	(F)	(M)
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X		SI	NO	SI	NO
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SBS, ESSALUD, otro)?	X		SI	NO	SI	NO
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	X		SI	NO	SI	NO
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/22		NS/NF	NA	NS/NF	NA
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	X		SI	NO	SI	NO
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X		SI	NO	SI	NO
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X		SI	NO	SI	NO
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X		SI	NO	SI	NO
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS 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?	X		NO	NS/NF	24.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	X		SI	NO	NS/NF	25.1
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	X		NO	NS/NF	26.1	SI marca SI, diga su nombre: Deysi
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/PREGUNTA al Cuidador/a Principal del Hogar)							
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarlo sobre el cuidado de su niño/a?	X		NO	NS/NF	27.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	2		NO	NS/NF	28.1	SI marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

COM. DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUD. ANA		SEDE REGIONAL HUANCAYELICA		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		CODIGO N° V-0164 -2022-HVC-C	
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)		FICHA DE VIGILANCIA		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		CODIGO N° V-0164 -2022-HVC-C	
TELÉFONO REGIONAL:	942153032	TELÉFONO NACIONAL:	951864589				
B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 16 MESES (El Facilitador Principal del Hogar)							
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	54.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	NO sabe.	y pase a la pregunta 65
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	55.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 66
56	El facilitador, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	56.1	El facilitador cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Calificación A veces Nunca Usar
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	57.1			
58	¿El facilitador cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)	SI	NO	58.1	SI marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?		
59	¿El facilitador motiva a que su niño juegue e interactúe con otros niños durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	59.1			
60	¿El facilitador motiva a que usted interactúe con otros cuidadores durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	60.1			
61	¿El facilitador usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	61.1			
62	¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	62.1	SI marca SI, diga algunos materiales que utilizó:		
63	¿El facilitador le brinda buen trato a su niño y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	63.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		
64	¿Esta satisfacción con el trabajo que realiza el facilitador durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	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 Facilitador Principal del Hogar)							
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuarenta, alimentación, consejos de crianza, etc.)?	SI	NO	66.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 68
67	¿Usted ha visto algún material adicional sobre cuarenta, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	67.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		
67.2	SI marca SI, ¿Cómo valoró usted los materiales audiovisuales que ha visto?						
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?						
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID-19 (El Facilitador Principal del Hogar)							
68	El presente año ¿Le orientaron información sobre cómo prevenir el contagio del COVID-19?	SI	NO	68.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	69.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?		
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	☒ Un jabón líquido con dispensador ☒ Cuatro mascarillas respiratorias KN95 ☐ Otro: _____ ☒ Un papel toalla por rollo ☒ Una bolsa que contenga todos los materiales					
69.2	¿Cómo valoró usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	Excelente Bueno Regular Malo Usar					
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?						
70	¿El Facilitador 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?						
71	¿El Facilitador usó doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?						
72	¿El Facilitador usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?						
73	¿El Facilitador propuso el lavado de manos con jabón en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?						

COM. DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUD. ANA	
SEDE REGIONAL HUANCABELICA	
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)	
CODIGO N° V-0164 -2022-HVC-C	
Telefono Regional:	942153032
Telefono Nacional:	951864589
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	
FICHA DE VIGILANCIA	
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor pregunta al Ciudadano 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?	SI NO
74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI NO
74.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI NO
75 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	
75.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió favores o regalos al brindar el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI NO
75.2 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI NO
75.3 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que exista o alguna reunión o más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI NO
76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	
77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales	
78 FECHA FINAL de la entrevista: 22/11/2021 HORA FINAL de la entrevista: 9:30	
DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA	
DNI:	10752841
Nombre y Apellidos:	Elizabeth Quispe Flores
Cargo:	Secretaria
Correo electrónico:	
Teléfono:	979 559 314
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:	23272574
Nombre y Apellidos:	WILDER CARRUPOMA QUISPE
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	WilderCarrupoma@protonmail.com
Teléfono:	942180684