

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huánuco, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N° 0186-2022-CTVC/HUANUCO

Señora
JANINA FELICITAS VARGAS ROSAS
Jefe de Unidad Territorial
Programa Nacional Cuna Mas

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 0142-2022-CTVC/HUA

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



JUAN JOSE PARDAVE TREJO
Responsable Regional

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

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511		CASO		N° 0142-2022-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	
				05/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		ANDRES MAYLLE NELY AYDE		3. NÚMERO-DNI:	
				80096334	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE APARICIO POMARES		5. CARGO:	
				PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA:	
				YAROWILCA	
9. DISTRITO:		APARICIO POMARES		10. CCPP/DIRECCIÓN:	
				CHUPAN	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	
				41730579-FACILITADORA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	
				01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 05/12/2022, durante las acciones de veeduría, la ciudadana Nely Ayde Andrés Maylle, presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Aparicio Pomares, realizó la entrevista a la ciudadana Celia Jortunata Charre Solano, Facilitadora del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Mas, registrándose en la Ficha de Vigilancia N° V-0270-2022-HUANU-C, donde se identificó el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA IMPLEMENTOS SANITARIOS A ACTOR COMUNAL.** - En entrevista realizada a la Facilitadora del Comité de Gestión "Visión para el Futuro", manifestó que, no le entregaron sus implementos sanitarios para reducir el riesgo de contagio por COVID 19. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE "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, 5.4.1 Medidas de Protección Sanitaria para las visitas domiciliarias inciso f) Dotación de implementos sanitarios para los facilitadores, que a la letra dice: "La dotación de La dotación de implementos sanitarios para facilitadores que realizan actividades presenciales del servicio de acompañamiento a familias es requerida con la finalidad de reducir riegos de contagio por COVID-19 en las facilitadoras/res durante la ejecución de sus actividades. Periodicidad bimestral". (Ver Ficha de Vigilancia)

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más"**.
2. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 0401-2022-MIDIS/PNCM-DE** que aprueba la Directiva de **"Seguimiento, Supervisión y Evaluación a la Gestión Operativa del funcionamiento de los servicios del Programa Nacional Cuna Más"**.
3. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la citada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Vigilancia V-0270-2022-HUANU-C **(03 folios)**.


Sherli Karina Salome Arzapalo
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																	
SEDE REGIONAL HUANUCO																	
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																	
Teléfono Regional:		942161082		FICHA DE VIGILANCIA													
Teléfono Nacional:		942160511		ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL							CODIGO N° V- 0270-2022-HUANU-C						
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA													
		(a) Vigilancia Presencial		(b) Vigilancia NO Presencial													
OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.																	
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No Verificó NS/NR=No sabe, no responde NA=No Aplica.																	
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:			5/12/2022			2	HORA INICIAL de la Vigilancia:			3:15 p. m.						
I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA																	
3	DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):			41730579			4	NOMBRE y APELLIDOS:			CELIA JORTUNATA CHARRE SOLANO						
5	DEPARTAMENTO:			HUANUCO			6	PROVINCIA:			YAROWILCA						
7	DISTRITO:			APARICIO POMARES			8	CCPP/Barrio/Dirección:			YACUMARCA						
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:			VISION PARA EL FUTURO													
10	EDAD del Actor Comunal:			39 AÑOS			11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):			36 MESES						
12	NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:			(a) Sin nivel	(b) Inicial	(c) Primaria	(d) Secundaria	(e) Básica especial	(f) Técnico	(g) Superior							
13	IDIOMA que usa más (idioma predominante):			(a) Español	(b) Quechua	(c) Aymara	(d) Ashaninka	(e) Awajún	(f) Otro:								
II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS																	
14	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	14.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:					POR QUE SON SALUDABLES		
15	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	15.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:					POR QUE LOS NIÑOS SE DIVIERTEN Y APRENDEN JUGANDO		
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?					SI	NO	NS/NR	16.1	Si marca SÍ, diga su nombre:							
A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a)																	
17	El mes anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?					SI	NO	NS/NR	17.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					y pase a la pregunta 34		
18	¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?					SI	NO	NS/NR									
19	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses de edad?					SI	NO	NS/NR	19.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
20	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?					SI	NO	NS/NR	20.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
21	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre la suplementación con hierro para los niños, como prevención y/o tratamiento?					SI	NO	NS/NR	21.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/ñas?					SI	NO	NS/NR	22.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
23	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?					SI	NO	NS/NR	23.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
24	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre asistencia oportuna a controles CRED y Vacunas?					SI	NO	NS/NR	24.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
25	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	25.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
26	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	26.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
27	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador principal y su niños/as menor de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	27.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
28	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre detección de signos/señales de alerta en el desarrollo de niños/as menor de 36 meses?					SI	NO	NS/NR	28.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?					SI	NO	NS/NR	29.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:					MATERIAL DIDACTIVO		
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?					SI	NO	NS/NR	30.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA													
SEDE REGIONAL HUANUCO													
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)													
Teléfono Regional:		942161082		FICHA DE VIGILANCIA									
Teléfono Nacional:		942160511		ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL						CODIGO N° V- 0270-2022-HUANU-C			
31	¿El acompañante técnico le brinda buen trato a usted en cada momento durante la orientación/capacitación?			SI	NO	NS/NR	31.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
32	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el acompañante técnico durante la orientación/capacitación?			SI	NO	NS/NR	32.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
33	¿Qué recomendaría usted para mejorar estas orientaciones/capacitaciones?:			QUE SE IMPLEMENTE EN EL PROGRAMA MAS CAPACITACION									
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?			11			34.1	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?					
35	El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliarias a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?			SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
36	El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar para brindarle orientación?			4			36.1	Si es MENOR que 04, diga ¿Por qué?					
37	El mes pasado ¿Realizó una (1) sesión de socialización con las familias que tienen niños/as mayores de 12 meses?			SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
38	¿Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:			(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitadora/or)									
39	(a) USO DE MASCARILLAS		(b) LAVADO DE MANOS		(c) TOMAR AGUA SEGURA		(d) BUENA ALIMENTACION		NS/NR				
40	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:			(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitadora/or)									
41	(a) USO DEL SUPLEMENTO		(b) TENER ESPACIO DE JUEGO		(c) LAVADO DE MANOS		(d)		NS/NR				
42	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?:			SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 44					
43	¿El Programa le entregó completo el Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?			SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:					
44	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?:			SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 46					
45	¿El Programa le entregó completo el Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?			SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:					
46	¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:			SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
47	El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario?			SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
48	¿El Programa le entrega oportunamente su Incentivo Monetario?			SI	NO	NS/NR							
49	El mes pasado ¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias?			SI	NO	NS/NR	49.1	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 cuentos, alimentación, consejos de crianza)?			SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO; diga ¿Por qué?:					
51	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?			SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 52:					
	51	Si marca Sí ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:						Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
	51	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?			IMPLEMENTAR MATERIALES AUDIOVISUALES								

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																
SEDE REGIONAL HUANUCO																
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																
Teléfono Regional:		942161082		FICHA DE VIGILANCIA												
Teléfono Nacional:		942160511		ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL						CODIGO N° V- 0270-2022-HUANU-C						
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?			3	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?			SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación:			Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
54	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?			SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 55 :									
54	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido		(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°		(c) Veinte (20) mascarillas respiradores KN95		(e) Otro:							NS/NR		
			(b) Un (1) frasco de Alcohol Liquido 70°		(d) Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas											
54	¿Cómo valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?:										Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
54	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios" ?															
IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Actor Comunal) :																
55	TRANSPARENCIA															
55	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?												SI	NO	NS/NR	
55	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?												SI	NO	NS/NR	
55	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?												SI	NO	NS/NR	
56	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)															
56	¿Algún 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?												SI	NO	NS/NR	
56	¿Algún 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?												SI	NO	NS/NR	
56	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?												SI	NO	NS/NR	
57	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales															
58	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales															
59	FECHA FINAL de la entrevista:			5/12/2022			60	HORA FINAL de la entrevista:			4:00 p. m.					
DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADOR/A QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA				DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL 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:		41730579		DNI:		41867635		DNI:		42081603						
Nombres y Apellidos:		CELIA JORTUNATA CHARRE SOLANO		Nombres y Apellidos:		CESAR MARTINEZ SANCHEZ		Nombres y Apellidos:		SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO						
Cargo:		FACILITADORA		Cargo:		PRESIDENTE DEL CLTV		Cargo:		RC-CTVC HUANUCO						
Correo electrónico:				Correo electrónico:				Correo electrónico:		HUANUCO.1RCTVCPERU@GMAIL.COM						
Teléfono:				Teléfono:		953370587		Teléfono:		942154740						