**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**
**SEDE REGIONAL APURIMAC**
**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres""Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"**

Apurímac, 28 de diciembre de 2022

**OFICIO Nº 0062-2022-CTVC/APURIMAC**

Señor:
Pedro Pascual Gomez Cuellar
(e)Jefe de la Unidad Territorial del Programa Cuna Más

**Presente. -**

Asunto: Se ALERTA un (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 Ministeriode Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad enla 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 hagollegar el siguiente CASO[1]:

- CASO N° 0164-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0165-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0166-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0167-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0168-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0169-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0170-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0171-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0172-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0173-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0174-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0175-2022-CTVC/APU

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,

……

**Guerson Yovani Paliza Pinto**
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 implementary 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 procederde 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 Apurímac: 942160032**<br>**Teléfono Nacional: 994432338** | **CASO** | **N° 0165-2022-CTVC/APU** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROGRAMA SOCIAL:** | **CUNA MAS** | **1. FECHA DE REGISTRO:** | **19/12/2022** |
| **I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:** | | | |
| **2. APELLIDOS NOMBRES:** | CHACON DELGADO YUDY | **3. NÚMERO-DNI:** | 44523759 |
| **4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN** | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | **5. CARGO:** | RESPONSABLE DE CAMPO |
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO** | | **6. FECHA DE OCURRENCIA:** | **23/11/2022** |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **7. DEPARTAMENTO:** | APURÍMAC | **8. PROVINCIA:** | COTABAMBAS |
| **9. DISTRITO:** | TAMBOBAMBA | **10. CCPP/DIRECCIÓN:** | AV. MAUTA S/N |
| **11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA** | GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS | **12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?** | 46317984-CUIDADOR PRINCIPAL |
| **13. CANTIDAD DE AFECTADOS:** | 01 | **14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:** | 03 Puntos Críticos |

**III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):**

Durante las acciones de veeduría realizadas por el comité, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Berselia Aranguri Escudero, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que NO se le entrego nada para su niño de 07 meses de edad.

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Se preguntó también si conocía los servicios que brinda “Cuna Mas Digital”, y respondió que No, que hasta el momento no le hablaron de ello, así mismo indico que no le enviaron ningún video sobre cuentos, alimentación y consejos de crianza, por lo que le gustaría que se implemente este servicio de Cuna Mas Digital

3. **PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCION INCOMPLETO.** Así mismo se le pregunto si había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron mascarillas y una jarra.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022- MIDIS/PNCM.** - 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados**. b. Material educativo para**

**realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para las Familias: Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante.** Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit para la gestante o un kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación… - **5.4 Medidas de Protección Sanitaria en el Servicio De Acompañamiento a Familias e. Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias**. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-1918. Periodicidad mensual. …- **6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales**, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad

- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

## V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

1. Ficha de Vigilancia N°V-191-2022-APU-C (02 folio)

…….

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

**Anexo 1:** Ficha de Vigilancia N°V-191-2022-APU-C (02 folio)

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF PRESENCIAL

CODIGO N°

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

## VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

| | |
|---|---|
| Teléfono Regional: | 942788833 |
| Teléfono Nacional: | 994412338 |

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF (PRESENCIAL)

Visitado N° _____

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 50 | SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJE PARA ADULTOS CUIDADORES DE 12 A 36 MESES (El Tendero PREGUNTA a la Cuidadora Principal del Hogar) | | | | |
| 54 | El mes pasado, ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización? | | | | |
| 55 | El mes pasado, ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? | | | | |
| 56 | ¿El facilitador actuó puntualmente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/NR | 56.1 (Si marca NO, diga ¿Por qué?) |
| 57 | ¿El lugar donde se realizó la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado? | SI | NO | NO/NR | 57.1 (Si marca NO, diga ¿Por qué?) |
| 58 | ¿El facilitador cuidó el tiempo permanente durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS) | SI | NO | NO/NR | 58.1 (Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?) |
| 59 | ¿El facilitador motivó a que los niños juegue e interactúe con otros niños(as) durante la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/NR | 59.1 |
| 60 | ¿El facilitador motivó a que usted interactúe con otros cuidadores(as) durante la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/NR | 60.1 |
| 61 | ¿El facilitador usó el idioma predominante durante la Sesión de Socialización o intercambio? | SI | NO | NO/NR | 61.1 |
| 62 | ¿El facilitador utilizó materiales educativos durante la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/NR | 62.1 (Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó) |
| 63 | ¿El facilitador le trató bien tanto a su niño(a) y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/NR | 63.1 (Si marca NO, diga ¿Por qué?) |
| 64 | ¿Está satisfecha con el trabajo que realiza el facilitador durante la Sesión de Socialización? | SI | NO | NO/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? | | | | |
| C) | ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL" (El Tendero PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR) | | | | |
| 66 | Usted conoce los contenidos que envía la Plataforma "Cuna Mas Digital" sobre salud, alimentación, consejos de crianza? | SI | NO | NO/NR | 66.1 (Si marca NO, diga ¿Por qué?) |
| 67 | Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza enviados por el Programa Cuna Mas? | SI | NO | NO/NR | 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? | | | | |
| IV. | MEDIDAS DE PROTECCIÓN BIOSEGURA CONTRA COVID 19 (El tendero ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR) | | | | |
| 68 | El presente año, ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19? | SI | NO | NO/NR | |
| 69 | El mes pasado, ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia? | SI | NO | NO/NR | (Si marca NO, NO/NR, pase a la pregunta 70) |
| | 69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido | (a) Un jabón líquido de desinfectante | | | (d) Tuvimos acceso a Bien responsables EPPS; (e) Otro: _____ |
| | | (b) Un jabón líquido por niño | | | (c) Una bolsa que contenga todos los materiales |
| | 69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron? | | | | |
| | 69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección? | | | | |
| 70 | ¿El Facilitador le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el mejor, antes de realizar una visita a su hogar y a la sesión de socialización? | | | | |
| 71 | ¿El Facilitador que éste cumpliendo durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? | | | | |
| 72 | ¿El Facilitador usa constantemente jabón líquido y toalla de un uso exclusivo durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? | | | | |
| 73 | ¿El Facilitador propone el lavado de manos con de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización? | | | | |

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

## VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

| | |
|---|---|
| Teléfono Regional: | 942788833 |
| Teléfono Nacional: | 994412338 |

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF (PRESENCIAL)

Visitado N° _____

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| V. | TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El tendero PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR) | | | |
| 74 | TRANSPARENCIA | | | |
| | 74.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se reveló del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | SI | NO | NO/NR |
| | 74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias | SI | NO | NO/NR |
| | 74.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | SI | NO | NO/NR |
| 75 | NEUTRALIDAD (Imparcialidad) | | | |
| | 75.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora/o y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | SI | NO | NO/NR |
| | 75.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora/o 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 | NO/NR |
| | 75.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora/o y/o servidor público le pidió que vote a alguna persona o votar de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | SI | NO | NO/NR |
| 76 | OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales: | | | |
| 77 | RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales: | | | |
| 78 | FECHA FINAL de la entrevista: ___/___/___ | 79 | HORA FINAL de la entrevista: | |

| DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA PRINCIPAL 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: | 46727787 | DNI: | | DNI: | 74513758 |
| Nombres y Apellidos: | Beatriz Angela Escalante | Nombres y Apellidos: | | Nombres y Apellidos: | Yoly Chacon Delgado |
| Cargo: | | Cargo: | | Cargo: | Resp. Dpto. Compras |
| Correos electrónicos: | | Correos electrónicos: | | Correos electrónicos: | [illegible] |
| Teléfono: | 964072787 | Teléfono: | | Teléfono: | 934 44 4553 |