Cusco, 23 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0131-2022-CTVC/CUSCO

Señor
NILTON MADERA MAYZ
Jefe de la Unidad Territorial - Cusco
Programa Nacional Cuna Más

Presente.-

Asunto: Se ALERTA (05) 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° 0197-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0198-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0199-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0200-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0201-2022-CTVC/CUS**

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.

ELIAZER CUETO VERA CAMPOS
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TECNICO
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO

[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

Teléf. CUSCO: 942157052 Teléf. LIMA: 942160511	CASO	N° 0201-2022-CTVC/CUS

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**09/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	LUYCHO CONDORI MERCEDES	**3. NÚMERO-DNI:**	72944724
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE QUIQUIJANA	**5. CARGO:**	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**09/12/2022**
7. DEPARTAMENTO:	CUSCO	**8. PROVINCIA:**	QUISPICANCHI
9. DISTRITO:	QUIQUJANA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	SACHAQ
11. PROCESO OPERATIVO/OBJETO DE VIGILANCIA:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?**	74588708-MADRE CUIDADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

El día 09.12.2022, Durante el proceso de Vigilancia/Veeduría al servicio de acompañamiento a familias el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Quiquijana, realizó la llamada telefónica a la señora Soledad Canasi condori, Madre Cuidadora del programa Cuna Mas y registró Ficha de Vigilancia N° V-368-2022-CUS-C, identificando los siguientes puntos críticos.

1. **ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista la señora Soledad Canasi condori, Madre Cuidadora del programa Cuna Mas manifestó no conocer la existencia de la plataforma "Cuna Mas digital" y tampoco recibió información acerca del dicho recurso. E*sta situación estaría contraviniendo RDE Nº 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021" en el numeral 6.6.2 Comunicación Digital dice 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.*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar el cumplimiento de la RDE Nº 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021"
- Mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio

de Cuna Más digital, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.

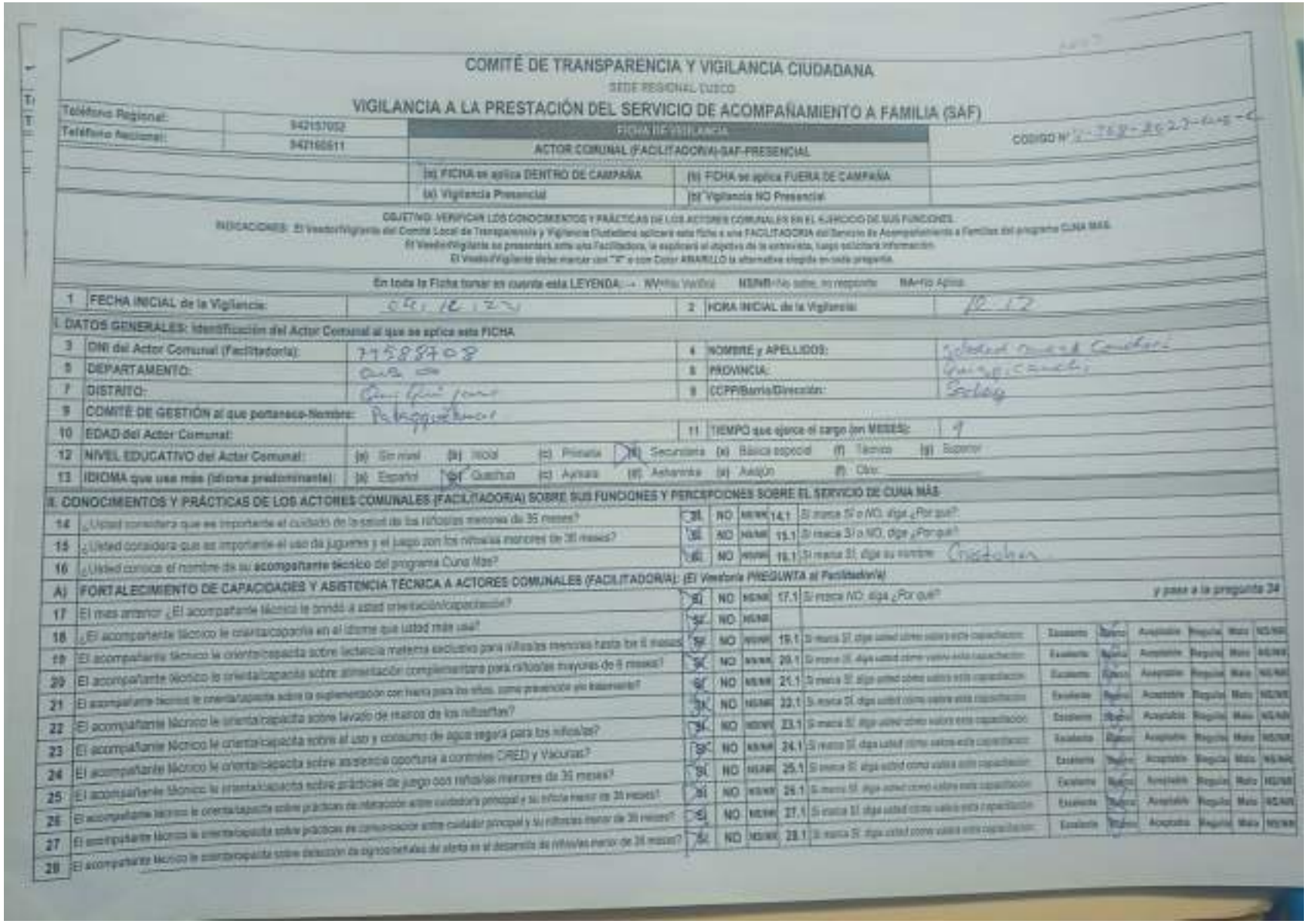
- Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho.

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

1. Ficha de Vigilancia N° V-368-2022-CUS-C

ELIAZER CUETO VERA CAMPOS
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TECNICO
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO

Anexo 01: FICHA DE VIGILANCIA



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:	942157032	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	947165611	ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL	

(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.

INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha a una FACILITADORA del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.
El Veedor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.
El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" y con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No Verifica NS/NR=No sabe, no responde NA=No Aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:		2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	

I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA

3	DNI del Actor Comunal (Facilitadora):	74588708	4	NOMBRE y APELLIDOS:	
5	DEPARTAMENTO:		6	PROVINCIA:	
7	DISTRITO:		8	CCPP/Barrio/Dirección:	
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:				
10	EDAD del Actor Comunal:		11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	9

12 NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnica (g) Superior

13 IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro: _____

II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADORA) 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 SI o NO, diga ¿Por qué?
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 SI o NO, diga ¿Por qué?
16	¿Usted conoce el nombre de su **acompañante técnico** del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	16.1 Si marca SI, diga su nombre:

A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADORA): (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 24							
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	SI	NO	NS/NR	19.1	Si marca SI, diga usted como 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 SI, diga usted como 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 SI, diga usted como valora esta capacitación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR	
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/as?	SI	NO	NS/NR	22.1	Si marca SI, diga usted como 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 SI, diga usted como 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 SI, diga usted como 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 SI, diga usted como 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 SI, diga usted como 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 niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	27.1	Si marca SI, diga usted como 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 SI, diga usted como valora esta capacitación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:		FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	942157032 / 942168511	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR(A)-SAF PRESENCIAL	CODIGO N° _____

29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	SI	NO	NS/NR	29.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utiliza
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?
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?					

B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADOR(A)): (El Vendor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)

34	Actualmente ¿**Cuantas familias** tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?				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?				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 vendor/a/gilante escribe en los espacios en blanco lo que señale la Facilitadora/o)** NS/NR
39	(a) Aseo personal (b) [illegible] (c) [illegible] (d) [illegible]					
40	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?					**(El vendor/a/gilante escribe en los espacios en blanco lo que señale la Facilitadora/o)** NS/NR
41	(a) [illegible] (b) [illegible] (c) [illegible] (d)					
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 entregó **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 Vendor/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 efectuado por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? **y pase a la pregunta 52**
51.2	Si marca SI ¿Como valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?					Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
51.3	¿Que recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?					

D) MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Vendor/a ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

52	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?			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 como valora esta capacitación: Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
54	En los últimos 2 meses ¿La entregaron a usted **"implementos sanitarios"** para reducir riesgo de contagio por COVID19?	SI	NO	NS/NR		Si marca NO, NS/NR, pasa a la **pregunta 55**
54.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido:	(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°				(b) Veinte (20) mascarillas respiratorias KN95 (c) Otro: _____

...LANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

RED REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:	942157052	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°:
Teléfono Nacional:	942166511	ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL	

		(04) Uno (1) hasta de Acatal Lugares 70	(05) Cincuenta (50) especialistas participan	Excelente	Muy bueno	Aceptable	Regular	Malo	NO SABE
54.2	¿Como valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?								
54.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios"?								

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vaedor/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?	SI	NO	NS/NR
55.2	¿**Es oportuna** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias	SI	NO	NS/NR
55.3	¿**Es comprensible** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
56	**NEUTRALIDAD (Imparcialidad)**			
56.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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
56.2	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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
56.3	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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:** 02/12/22	60	**HORA FINAL de la entrevista:** 10:30

DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADORA 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:	74588708	DNI:	72947724	DNI:	44596579
Nombres y Apellidos:	Soledad Suyana Condori	Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]
Cargo:	Facilitadora	Cargo:	Vocal	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:	—	Correo electrónico:	—	Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	995519876	Teléfono:	928875496	Teléfono:	942157052