

Expediente N°2023-0062573

Remitente:

CIUDADANO - MALLQUI AGUILAR MARITZA - DNI: 31660360

Destinatario:

c/copia:

N° de Folios:

UTACSH

17

Recibido:

N° Anexos:

05/07/2023 - 15:06

Referencia:

Registrador:

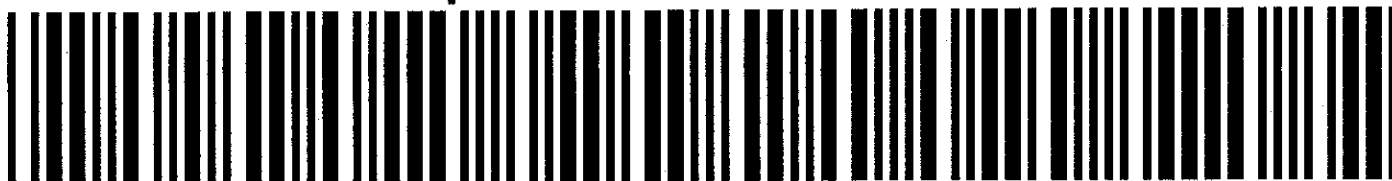
LUNAREJO RAMIREZ VICTOR

Observación: MPP-SE ALERTAN 03 CASOS

Consultas: <https://www.cunamas.gob.pe/>

Teléfonos: (51)(01)748 -2000

Nota: La recepción NO da conformidad al contenido.



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

CARGO

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Huaraz, 04 de julio de 2023

OFICIO N° 0094-2023-CTVC/ANCASH

Señora

Noelia Cueva Escudero

Jefa de la Unidad Territorial Ancash

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto: Se ALERTA tres (03) CASOS

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacer 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.

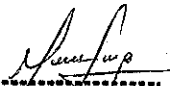
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASOS(s)¹:

- CASO N° 0217-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0218-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0219-2023-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
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash
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 llene 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. de Ancash: 942154203

Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0217-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	16/05/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	TAMARIZ BARRANTES HENRY	3. NUMERO DNI:	31667903
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE HUATA	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	16/05/2023
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	HUAYLAS
9. DISTRITO:	HUATA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SECTOR PARCAP
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	47984943-CUIDADORA PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	03
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

Durante las acciones de vigilancia al Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Mas, se entrevistó a la Sra. Idalia Tomasa Temple Lunarejo, cuidadora principal de una familia usuaria del Comité de Gestión "Amiguitos por Siempre", evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA:**
En la entrevista realizada a la Sra. Idalia Temple indicó, que la Sra. Ledy Karen Villanueva Mori, quien se desempeña como facilitadora que acompaña a su hogar, NO realizó la visita domiciliaria en el mes de abril, tampoco se le informó las razones. Por lo que el hogar no tendría el acompañamiento que permita fortalecer las capacidades y prácticas orientadas al desarrollo infantil temprano.
Por lo manifestado el actor comunal a cargo de esta familia estaría incumpliendo lo descrito en la Directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más" Versión N° 02, numeral 6.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización, donde claramente refiere "Visitas Domiciliarias: Cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales (preferentemente una por semana), dirigidas a familias con gestantes (desde el inicio de la gestación) y desde el nacimiento hasta los 36 meses de edad de la/el niña/o".
- PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN:** Al respecto la cuidadora principal señaló, la facilitadora a cargo de su hogar en el mes de abril del presente año NO la convocó para participar en las sesiones de socialización, limitando al hogar fortalecer las capacidades de la madre para el desarrollo integral de su niña en participación colectiva favoreciendo el intercambio de experiencias y aprendizaje conjunto. Situación que estaría afectando el cumplimiento de la Directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más" Versión N° 02, numeral 6.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización, donde claramente refiere "Sesiones de Socialización: Una (01) sesión mensual, dirigida a familias con niña/o a partir de 12 meses de edad hasta su egreso (36 meses de edad)".
- FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL":** Durante la entrevista la madre y cuidadora principal refirió, 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.

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:

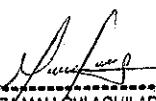
- Mejorar las acciones de acompañamiento a las familias del presente Comité de Gestión, garantizando que se cumplan los lineamientos establecidos por el programa para realizar el acompañamiento a las familias usuarias, asegurando las mejoras en el desempeño de labores de la facilitadora, en los temas alertados en el presente caso.

- Potenciar el uso de los medios digitales para la difusión de la multiplataforma "Cuna Más Digital" a través de los medios disponibles de manera que se promueva de manera significativa y entretenida en gestantes, madres, padres y cuidadores principales conocimientos prácticos para lograr una infancia saludable, segura y feliz.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que vienen estableciendo para la mejor solución de las situaciones críticas alertadas en este caso en relación a los principios y servicios ofrecidos por el Programa Cuna Más y el Servicio de Acompañamiento a Familias.

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

1.- Copia de la Ficha V-0187-2023-ANC-C (04 folios).




MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

CODIGO N° V - 0151-2023-ANC-C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095802

FAMILIA USUARIA SAF- PRESENCIAL

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA
X FICHA Vigilancia Presencial (b) Vigilancia NO- PresencialOBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS.
INDICADORES: El Vendedor/Facilitador del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS.
El Vendedor/Facilitador se presentará ante al cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; la explicará el objetivo de la vigilancia y luego la solicitará información.
El Vendedor/Facilitador debe iniciar con "A" la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta leyenda: NS/NR= No sabe, No responde NA= No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 01/05/2023 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 05:05

DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

3 DNI del Cuidador/a Principal: 947984943

5 DEPARTAMENTO: ANCASH

7 DISTRITO: ACOBACA

8 CCPI/Bartido/Dirección: 257333333

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: 257333333

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria: (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

SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO: (El Vendedor/Facilitador pregunta al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?

Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:

OBSERVACIONES

NINOA 1

NINOA 2

NINOA 3

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO

Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)

Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)

Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa

¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?

¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?

¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?

¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)

¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?

¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?

¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?

¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?

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

¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?

¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?

¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Visitador/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

Teléfono Regional:		Teléfono Nacional:		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		CODIGO N° V-0187-2023-ANC-C	
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Visitador/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)							
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientar sobre el cuidado de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	27.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	NS/NR
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	SI	NO	NS/NR	28.1	SI marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	NS/NR
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	SI	NO	NS/NR	29.1	SI marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	NS/NR
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	NS/NR
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	SI	NO	NS/NR			NS/NR
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:							
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR			
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	SI	NO	NS/NR	33.1	SI marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/NR	34.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorrobajado con jabón, jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NS/NR	35.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/NR	37.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NS/NR	38.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	39.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	SI	NO	NS/NR	44.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantar, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NS/NR	45.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	NO	NS/NR	46.1	SI marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1	SI marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	50.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
CODIGO N° V - 0 / 187 - 2023- ANC - C
FAMILIA USUARIA SAF- PRESENCIAL
51 ¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?
52 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?
53 ¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?
53.1 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 60 a 18 meses de edad
53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad
53.3 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?
53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?
54 ¿El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?
55 ¿El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?
56 ¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?
57 ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?
58 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)
59 ¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?
60 ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?
61 ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?
62 ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?
63 ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?
64 ¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?
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 Vendedor/a PREGUNTA al Ciudadador/a Principal del HOGAR)
66 Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?
67 Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?
67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?
67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?

[Signature]

Escritorio de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
MARITZA MALLOQUAGUILAR

Reservado Regional Equipo Técnico, Anual
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Equipo Técnico
Barranquilla
Atención