



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:

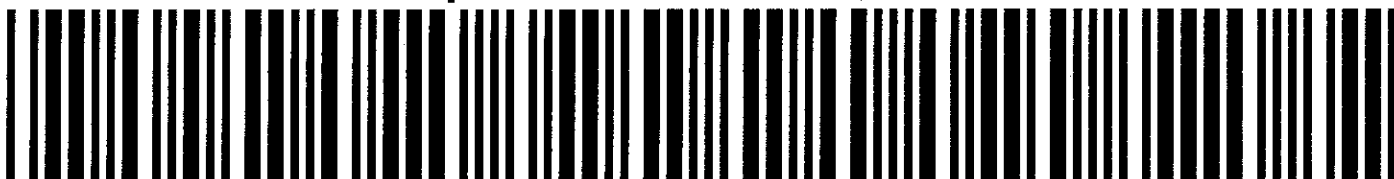
LUNAREJO RAMIREZ VICTOR

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**

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

CARGO

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.

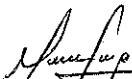
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASOS(s)¹:

- 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 MALLQUIAGUIAR
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° 0218-2023-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. NÚMERO-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. CGPP/DIRECCIÓN:	SECTOR ANCARMAC
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?	70670590-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. Melicia Magaly Milla Guerrero, 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:**
Durante la visita al hogar la Sra. Melicia Milla manifestó, que la Sra. Ledy Karen Villanueva Mori, quien se desempeñó como facilitadora que acompaña a su hogar, desde la quincena del mes de abril a la fecha NO realizó la visita domiciliaria, la última visita que recibió fue solo para entregarle dos paquetes de galleta y un litro de agua, desconoce los motivos de la inasistencia de la facilitadora al cumplimiento de sus funciones. 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 NO la invitó a participar en las sesiones de socialización, desconoce los motivos, 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; nunca le hablaron sobre este tema; sin embargo, recibió material audiovisual con temática relacionada a consejos de crianza, cuentos y otros que proporciona el Programa.

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:

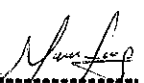
- Mejorar las acciones de acompañamiento a las familias del presente Comité de Gestión, garantizando que se cumplan los lineamientos establecidos por el programa para realizar el acompañamiento a las familias usuarias, asegurando las mejoras en el desempeño de labores de la facilitadora, en los temas 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-0188-2023-ANC-C (04 folios).




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

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

CODIGO N° V - 0168- 2023- ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095802FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA
(b) Vigilancia PresencialINDICACIONES: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.
El Veedor/Vigilante 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 MAS.
El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia, lo explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.
El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

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

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 16/05/2023 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 04:15

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

3 DNI del Cuidador/a Principal: 706705960 4 NOMBRE Y APELLIDOS: ROSA YULIA GARCIA
5 DEPARTAMENTO: ANCASH 6 PROVINCIA: HUANZALTES
7 DISTRITO: HUANZALTES 8 CCPP/Barrio/Dirección: SECTOR BUCCABAC

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: NIÑOS ROSA YULIA GARCIA

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: (a) Padre (b) Madre (c) Otro
11 IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a 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:

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (eln apellidos)		NIXO52							
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)		35							
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
		X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR		
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	
		X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR		
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:	
		X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR		
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:	
		SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR	SI	NO NS/NR		

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?
25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?
26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

HOJA DE VIGILANCIA

CODIGO N° V - O / 88 - 2023-ANC - C

Teléfono Regional: 942154203

Teléfono Nacional: 945095802

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

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

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Visitador/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)		SI		NO		NS/NR		27.1		Si marca NO, diga ¿Por qué?		28.1		Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		29.1		Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		30.1		¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?		Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca		NS/NR	
		SI		NO		NS/NR		27.1		Si marca NO, diga ¿Por qué?		28.1		Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		29.1		Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		30.1		¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?		Siempre		Casi siempre		A veces		Nunca		NS/NR	
27 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?																																	
28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?																																	
29 El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?																																	
30 El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?																																	
31 Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a																																	
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?																																	
33 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)																																	
34 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?																																	
35 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorrobalde con jabón, jabón, toalla limpia o similar?																																	
36 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?																																	
37 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?																																	
38 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?																																	
39 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?																																	
40 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?																																	
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?																																	
42 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?																																	
43 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?																																	
44 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?																																	
45 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?																																	
46 ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?																																	
47 ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?																																	
48 ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?																																	
49 ¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?																																	
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 marca SI, diga algunos materiales que utilizó:

Si marca NO, diga ¿Por qué?:

Si marca NO, diga ¿Por qué?:

Si marca NO, diga ¿Por qué?:

3 de 4

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

CODIGO N° V - 0188-2023-ANC-C

Teléfono Regional:

942154203

Teléfono Nacional:

945095602

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

IV. MEDIDAS DE PROTECCION SANITARIA CONTRA COVID-19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	SI	NO	NS/NR		
69	El mas pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR		
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(b) Un papel toalla por rollo	(c) Cualito mascarillas respiradores KN95	(d) Otro	
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?					

70	¿El Facilitador/a le pregunta 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?	SI	NO	NS/NR
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a 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	NS/NR		
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR		
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR		
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)					
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR		
75.1	¿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	NS/NR		
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR		

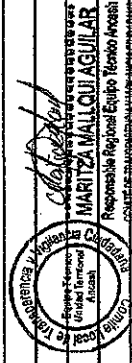
76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS

LA FACILITADORA EN EL MES DE ABRIL ENTREGO AL VEDOR COPIA DE LOS REGISTROS DE LAS SESIONES DE TRABAJO Y LOS REGISTROS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS. LOS REGISTROS DE LAS VISITAS DOMICILIARIAS SON LOS QUE SE USAN PARA EL MONITORIO Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION DE LAS SESIONES DE TRABAJO.

78	FECHA FINAL de la entrevista:	16/02/2023	79	HORA FINAL de la entrevista:	04:36
----	-------------------------------	------------	----	------------------------------	-------

DATOS DEL INFORMANTE - GUIDADORA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACION DURANTE LA APLICACION DE LA FIGHA DE VIGILANCIA	DATOS DEL VEEODOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FIGHA DE VIGILANCIA	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TECNICO REGIONAL DEL COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION
---	---	---

DNI:	76670590	DNI:	3663903	DNI:	
Nombres y Apellidos:	ROSALBA CUSCUMBE	Nombres y Apellidos:	ROSALBA CUSCUMBE	Nombres y Apellidos:	
Cargo:	Guidadora principal	Cargo:	RESERVADO	Cargo:	
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono:	970219097	Teléfono:	986091724	Teléfono:	



Handwritten signature.