Huancayo, 29 diciembre de 2022.

OFICIO N° 228-2022-CTVC/JUNÍN

Señor(a)
LIC. RICHARD NELSON CCENCHO CENCIA.
Jefe de la Unidad Territorial Programa Nacional Cuna Más.

Junín.-

Asunto: Se ALERTA Seis (06) CASO(S).

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° 242-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 243-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 244-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 245-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 246-2022-CTVC/JUN.
- CASO N° 247-2022-CTVC/JUN.

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,

Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

[1] Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le hacomunicado - por escrito -, manifestando:
1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: FUNDADO o INFUNDADO.
2) Si el CASO es FUNDADO, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición yproceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 ó 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO PARCIALMENTE RESUELTO.

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 Junín: (#)942161273 Teléfono Nacional: (#)942160416	**CASO**	**N° 247–2022-CTVC/JUN**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**01/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**ROMERO GARCIA SHULMA SONIA**	**3. NÚMERO-DNI:**	40931508
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:**	**01/12/2022**
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	**8. PROVINCIA:**	HUANCAYO
9. DISTRITO:	HUANCAYO	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	VILCACOTO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	76227540-CUIDADORA PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

El 15/11/2022 durante las acciones de veeduría/vigilancia social presencial, realizado por el equipo técnico Regional del Comité de Transparencia; se entrevistó a la Sra. Lizbeth Cuentas Canturin, identificado con DNI 76227540, cuidadora principal del usuario H. A.W.C, del Comité de Gestión "Vilcacoto", del distrito de Huancayo, provincia de Huancayo. Se aplicó la Ficha de Vigilancia N° 241-2022-JUN-C registrándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Lizbeth Cuentas Canturin se le pregunto si había recibido completo el "Kit de higiene y protección" en el mes de octubre, respondió que NO, solo le entregaron cuatro (4) mascarillas, también manifestó que anteriormente les entregaban jabón líquido, papel toalla.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

a) Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM**. 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**.
b) Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la **Ruta de Emisión de Alerta** del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

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

1. Copia de la Ficha de Vigilancia N°241- 2022-JUN-C (3 folios).

……
Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono Responsable:
Teléfono Nacional:

CÓDIGO Nº 241 - 2022 - JUN - C

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA — (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
(c) Vigilancia Presencial — (d) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO GENERAL: QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF) CUMPLA CON LOS OBJETIVOS DEFINIDOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

INSTRUCCIONES: El Vigilante/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 MÁS.
El Vigilante/Vigilante se presentará ante el cuidador principal (madre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.
El Vigilante/Vigilante debe marcar una "X" o con Texto AMPLIO (?) 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: 01.12.22	2	HORA INICIAL de la Vigilancia: 10:10

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

3	DNI del Cuidador(a) Principal: 70227540	4	NOMBRE y APELLIDOS: Lizbeth Cuentas Tarifurin
5	DEPARTAMENTO: JUNIN	6	PROVINCIA: HUANCAYO
7	DISTRITO: HUANCAYO	8	CCPP/Barrio/Dirección:
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece/Nombre: Villa corto		
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: (a) Padre X (b) Madre (c) Otro		
11	IDIOMA que usa más idioma predominante: X (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Portugués (e) Asháninka (f) Otro		

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (Pregunta al Cuidador(a) Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y SERVICIO a ...)

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios del Programa Cuna Más? 02

Luego marque/llene 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
13 Marque el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Héctor			Héctor Adrian Ulloa Cuentas
14 Marque la edad de sus niños/as usuarios del Programa en meses	13 meses			
15 Marque el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F) X (M)	(F) (M)	(F) (M)	
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados al Seguro de Salud (SIS, EsSalud, otro)?	X NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18 ¿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?
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha (día y año) el último control CRED?	08 10 NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué? ocho octubre
20 ¿Sus niños/as usuarios cumplieron las vacunas que les corresponde?	X NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21 ¿Sus niños/as usuarios cumplieron el Suplemento de Hierro?	X NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI X NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

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

24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	X NO NS/NR	24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	X NO NS/NR	25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	X NO NS/NR	26.1 Si marca SI, diga su nombre: Maribel

AL VISITADOR(A) CASERO(A) PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 03 A 36 MESES (Si hubiera PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)

27	El mes pasado, ¿El facilitador realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	X NO NS/NR	27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
28	El mes pasado, ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?	04	28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?
29	El mes pasado, ¿En cuántas visitas del facilitador ha participado Usted en su hogar?	04	29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?
30	¿El facilitador acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	X NO NS/NR	30.1 ¿El facilitador cumple con la fecha y hora acordadas? X Casi siempre A veces Nunca NS/NR
31	Marque Usted la fecha de la última visita a su hogar realizada por el facilitador:		todo los jueves

A partir de la pregunta 32 hasta la 37, pregunta Usted los enunciados mostrados por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32	¿El facilitador le habla/entiende en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	X NO NS/NR	
33	¿El facilitador cuenta con carnet permanente en su hogar durante la visita? (Sólo si marcó que sí en la pregunta 30)	04	33.1 Si marca NO o NS/NR, diga ¿Por qué?
34	¿El facilitador le da recomendaciones como preparar, almacenar y consumir agua segura y alimentos?	X NO NS/NR	34.1 Si marca NO o NS/NR, diga ¿Por qué?
35	¿El facilitador le da recomendaciones para que los niños/as se laven las manos con jabón, antes de comer y después de ir al baño?	X NO NS/NR	35.1 Si marca NO o NS/NR, diga ¿Por qué?

Facilitador	Nombre	Firma	Huella	Sello	NS/NR
Facilitador	Nombre	Firma	Huella	Sello	NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CÓDIGO N°

36													
37													
38													
39													
40													
41													
42													
43													
44													
45													
46													
47													
48													
49													
50													
51													
52													
53													

53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 36 a 54 meses de edad	(a) Una cartilla	(b) Un juego de identidades	(g) Un juego de estimulación visual	(h) Un compromisario								
		(b) Una pelota	(c) Un juego de alimentos	(h) Un libro para amasar	(i) Otro: pelotas distintas								
		(c) Dos cuentos	(d) Un juego de alimentos	(i) Un libro de tela									
		(d) Un juego	(e) Un rompecabezas de tela	(j) Un juego de estimulación tactil	(k) Una manta de algodón o polar y un cojín de tela								
		(e) Una pelota	(f) Un juego de estimulación	(k) Un juego de bloques lógicos	(l) Otro								
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 18 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													
55													
56													
57													
58													
59													
60													
61													
62													
63													
64													
65													
66													
67													
67.2													

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono (opcional):
Teléfono (opcional):

CÓDIGO N°

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

07.1 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales informativos?

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 *(El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)*

08	El primer año ¿La orientación/charla en salud como prevenir el contagio del COVID 19?	SI	NO	NS/NR
09	El mes pasado ¿La entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR

Si usted marcó NO, NS/NR pase a la **pregunta 10**

09.1 ¿Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido

(a) Un alcohol líquido o en gel	X	(c) Cajas o mascarillas respiratorias KN95	X (e) Otro
(b) Un papel toalla por año	X	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales	X

NS/NR

09.2 ¿Cada cuánto tiempo usted el kit de higiene y protección que le entregaron?

Diariamente | Semanal | Mensual | Trimestral | Nunca | NS/NR

09.1 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?

10	¿El Facilitador 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 X	NO	NS/NR
11	¿El Facilitador le pide no salir de casa durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI X	NO	NS/NR
12	¿El Facilitador le pide mantener la distancia durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI X	NO	NS/NR
13	¿El Facilitador le pide el lavado de manos con agua y jabón o alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización?	SI X	NO	NS/NR

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO *(El Veedor PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)*

14	TRANSPARENCIA			
14.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI X	NO	NS/NR
14.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias	SI X	NO	NS/NR
14.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI X	NO	NS/NR
15	NEUTRALIDAD (imparcialidad)			
15.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO X	NS/NR
15.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a o servidor público le pidió que votase a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO X	NS/NR
15.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a o servidor público le pidió que votase a alguna persona a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO X	NS/NR

16 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales: Requisito para el lavado de manos, no entregaron a los usuarios

17 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales:

18 FECHA FINAL de la entrevista: 01/12/22

19 HORA FINAL de la entrevista: 11:20

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:	76272540	DNI:	40931508	DNI:	40931508
Nombres y Apellidos:	Lesbeth Cecilia Cantoón	Nombres y Apellidos:	Shulma Romeo Garcia	Nombres y Apellidos:	Shulma Romeo García
Cargo:	Madre del usuario	Cargo:	Responsable de Convoca	Cargo:	PETVC - Tumbes
Correo electrónico:		Correo electrónico:	juanlectuy@hotmail.com	Correo electrónico:	juanlectuy@hotmail.com
Teléfono:	944593916	Teléfono:	942156617	Teléfono:	942156617