

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL PASCO**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

OFICIO N° 040-2021-CTVC/PASCO

Pasco, 30 de noviembre del 2021

Señor.

Lic. Josef Joner Gutiérrez Aiquipa.

Jefa de la Unidad Territorial del Programa Nacional Cuna Más - Pasco.

Pasco. -

Asunto: 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizado por el CLTV del distrito de Paucartambo, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 047-2021-CTVC/PAS CASO N° 050-2021-CTVC/PAS
- CASO N° 048-2021-CTVC/PAS CASO N° 051-2021-CTVC/PAS
- CASO N° 049-2021-CTVC/PAS

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos alertados, adjuntamos en anexo la ficha de vigilancia y otras evidencias, concluido su procedimiento, sírvase comunicar los resultados de las mismas.

A la espera de su pronta atención, quedo de usted.

Atentamente,



Rolando Valentín Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

cc. Arch.
CTVC. Nac.

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

Telf. Sede PASCO:(#)942161945 Telf. SEDE LIMA: (#)942160416	CASO	N° 051-2021-CTVC/PAS
--	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL: CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 29/10/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES: BERNARDINO SANTOS BECERRA ATAHUAMAN		3. NÚMERO-DNI: 04038885	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – PAUCARTAMBO		5. CARGO: PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA: 29/10/2021
7. DEPARTAMENTO: PASCO	8. PROVINCIA: PASCO		
9. DISTRITO: PAUCARTAMBO	10. CCPP/DIRECCIÓN: Jr. Mariano Melgar 220		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?		40498767 -CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:		02 Puntos Críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la Gestión del Servicios de Cuidado Diurno en el contexto No Presenciales del PNCM, el 29/10/2021, se acompañó vía celular al Sr. Bernardino Santos Becerra Atahuaman, Presidente del CLTV del distrito de Paucartambo, quien realizó la entrevista a la Sra. Yolanda Luz Capcha Malpartida, Cuidadora principal ó Madre de usuario del Servicio de Cuidado diurno “Estrellitas Brillantes I” del Cuna Más Paucartambo, donde se registró una ficha de veeduría con los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR CANASTA DE ALIMENTOS.-** La mencionada cuidadora principal, dijo que no entregaron los productos de hace dos meses del 2021, no se conoce cuál es el motivo de la no entrega (**Ver Ficha de Vigilancia**).
- 2. HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".** La cuidadora principal también dijo desconocer el servicio brindado por “Cuna Más Digital” la madre cuidadora o Guía de familia no le comentó en ningún momento. (**Ver Ficha de Vigilancia**).

Este hecho viene limitaría los beneficios que brinda la plataforma virtual, con diversos contenidos para el buen desarrollo de la primera infancia, contraviniendo con lo dispuesto en el numeral 6.6.2.Comunicación Digital que en uno de sus puntos señala “A través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses” estipulado en la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2021”.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- En observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere verificar y atender los puntos críticos observados en líneas arriba, con la única finalidad de una mejor prestación de servicios del programa en ese distrito.
- Finalmente, sugerimos al Programa que en el marco de sus competencias rectoras del servicio, gestionar su mejora y al concluir su procedimiento, se sirva comunicarnos oportunamente sobre las acciones correctivas implementadas.

V. Anexo (Total de páginas/folios: 01)

Ficha de Vigilancia V-56-2021-PAS-C (folios 02).



Rolando Valentin Arias
Responsable Regional CTVC Pasco

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA												
Teléfono Regional: 942 161 945 Teléfono Nacional: 984 056 206			FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS SEDE REGIONAL PASCO				Oct.-21		CODIGO N° V-056-2021-PAS-C			
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES												
Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad (si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)								SI	NO			
1	FECHA de la entrevista:			29/10/2021/		C 52	2	HORA de la entrevista:				
							INICIAL 09 : 03 FINAL 09 : 33					
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.												
3	DNI del Cuidador Principal:			40498767		4	NOMBRE y APELLIDOS:			YOLANDA LUZ CAPCHA MALPARTIDA		
5	DEPARTAMENTO:			PASCO		6	PROVINCIA:			PASCO		
7	DISTRITO:			PAUCARTAMBO		8	CCPP/Barrio/Dirección:			Jr. Mariano Melgar 220		
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:			a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:								
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:			Estrellitas Brillantes I								
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:			Paucartambo								
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante):			a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros:								
II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS												
13	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:			2								
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más:			Niño 1: Años: 02 Meses: 11		Niño 2: Años: Meses:		Niño 3: Años: Meses:				
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI					SI		NO		NS/NR		
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)					SI		NO		NS/NR		
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo			Niño 1: 03 / 10 / 2021		Niño 2:		Niño 3:		NS/NR		
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)					SI		NO		NS/NR		
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
19	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año					SI		NO		NS/NR		
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
20	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)					SI		NO		NS/NR		
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: Ya no requiere según el personal de salud. necesario											
20.1												
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?					SI		NO		NS/NR		
21.1	Señale su nombre: Elizabeth Estrella Vasquez											
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?					SI		NO		NS/NR		
22.1	La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? :			2				NS/NR		NA		
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?					SI		NO		NS/NR		
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos					SI		NO		NS/NR		
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:					Muy Bueno		Bueno		Malo	Muy malo	
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:											
	a) Lactancia materna X b) Le doy hierro X c) Lavado de manos X d) Le doy agua hervida o clorada X e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas X f) Otros											
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione:											
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:											
	a) Antes de preparar los alimentos X b) Antes de comer X c) Después de ir al baño X d) Después de cambiar el pañal X e) Antes de cambiar al bebé X f) Otros											
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:											
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?					SI		NO		NS/NR		
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?					SI		NO		NS/NR		
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:											
	Alimento 1 Alimento 2 Alimento 3 Alimento 4 Alimento 5					NA		NS/NR		NA		
	Alimento 6 Alimento 7 Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10											
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:					NA		Muy Bueno		Bueno	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:			La entrega debe ser puntual								
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), jabón barra (1 und) papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?					SI		NO		NS/NR		
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:					Muy Bueno		Bueno		Malo	Muy malo	
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?					SI		NO		NS/NR		
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:					Muy Bueno		Bueno		Malo	Muy malo	
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren? Ninguno											
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:					Muy Bueno		Bueno		Malo	Muy malo	
31	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?					SI		NO		NS/NR		
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?					SI		NO		NS/NR		
32.1	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:					Muy Bueno		Bueno		Malo	Muy malo	
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?											
	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5 metros (X) Ninguna () Otros											
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?					a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()				NS/NR		
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué											
35	¿ La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?					SI		NO		NS/NR		
36	¿ La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?					SI		NO		NS/NR		
37	¿ La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?					SI		NO		NS/NR		
38	OBSERVACIONES (o dificultades)			Se desconoce los motivos de la no entrega de productos.								
39	RECOMENDACIONES			El Programa debe de entregar los productos en el plazo mas corto posible								
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TECNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN							
Nombres y Apellidos:					Nombres y Apellidos:							
DNI:					DNI:							
Cargo:					Cargo:							
Correo electrónico:					Correo electrónico:							
952513744					942161945							