Tumbes, 08 de noviembre de 2021

OFICIO Nº 051-2021-CTVC/TUMBES

Sra. ROCIO GRACIELA AYALA AZABACHE

Jefe de la Unidad Territorial Tumbes
Programa Nacional Cuna Más - PNCM

Presente

Asunto: se ALERTA CUATRO (04) CASOS.

De mi mayor consideración

Es grato dirigirme a Usted, para saludarle muy cordialmente a nombre del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana. 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 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, adjunto al presente le hago llegar los siguiente CASO:

- CASO Nº 051-2021-CTVC/TUM
- CASO Nº 052-2021-CTVC/TUM
- CASO Nº 053-2021-CTVC/TUM
- CASO Nº 054-2021-CTVC/TUM

Finalmente me permito pedirle que se realice la verificación de estos 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

Aquino Engelbeto Zurita Guerrero
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

Un **CASO RESUELTO** es aquel que el programa social ha comunicado al Comité - 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 sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestran.
4. Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución a 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 Tumbes : 942160878 Teléfono Nacional: 942160416	**CASO**	**N° 052-2021-CTVC/TUM**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**04/11/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**AQUINO ENGELBERTO ZURITA GUERRERO**	**3. NÚMERO-DNI:**	02779390
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE TUMBES.	**5. CARGO:**	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**02/11/2021**
7. DEPARTAMENTO:	TUMBES	**8. PROVINCIA:**	TUMBES
9. DISTRITO:	CORRALES	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	NUEVO CORRALES – EL PARAISO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	PRESTACIÒN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	44115555-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, el día 02/11/2021 el Responsable Regional del CTVC realizó la entrevista telefónica a la Sra. Emily Yomahira Malmaceda Gonzales identificada con DNI N° 44115555 madre usuaria del Comité de Gestión "Margarita Ramírez Rosillo", donde aplicó la ficha de veeduría V-085- 2021-TUM-C evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO. La madre de la usuaria informa que hasta la fecha no ha recibido el kit de estimulación temprana por parte del PNCM. Esta situación podría contravenir lo estipulado en el punto 5.10 de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece que la entrega de kit de DIT es para los usuarios continuadores por única vez, pese a que el niño tiene como fecha de registro desde el 01/06/2021.

V. 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 no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios (as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el PNCM establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Que el programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM, en los siguientes artículos: "(…) 5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT) La dotación del kit DIT se enmarca en la promoción del juego y aprendizaje infantil que promueve el PNCM. El kit DIT comprende materiales educativos variados y versátiles; como juguetes y cuentos para niñas y niños; organizados según grupo etario, con la finalidad de que ellos/as usen los materiales en casa durante sus momentos de juego, en el período de atención no presencial frente al Estado de Emergencia Nacional por el coronavirus- COVID 19. Considerando ello, el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados. De acuerdo al plazo establecido en RDE 1145-2019-MIDIS/PNCM "Atención de los caos alertados por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (CTVC) sobre el funcionamiento de los servicios del Programa Nacional Cuna Más.

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

1. Anexo 01: Ficha de Vigilancia N° V-085-2021-TUM-C (03 folio)

Aquino Engelberto Zurita Guerrero
Responsable Regional de CTVC - Tumbes

Teléfono Regional: 942160678
Teléfono Nacional: 994432338

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V-085-2021-TUM-C

SEDE REGIONAL TUMBES:
PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad (si la respuesta es SI continue con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta) X NO

1	FECHA de la entrevista:	02 / 11 / 2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 9:32 FINAL 9:45

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.

3	DNI del Cuidador Principal:	44113355	4	NOMBRE y APELLIDOS:	EMILY [illegible]
5	DEPARTAMENTO:	TUMBES		PROVINCIA:	TUMBES.
7	DISTRITO:	CORRALES	8	CCPP/Barrio/Dirección:	NUEVO CORRALES [illegible]
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:	MIS PEQUEÑOS OVEJITAS			
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	DOROTEO RAMIREZ ROSILLO			
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Asháninka ( ) 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: 01			
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 01 Meses: 11 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:			
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	X	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)	X	NO	NS/NR
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento Niño 1: octubre 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)	X	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	X	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)	X	NO	NS/NR
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
20.1				

ANEXO N° 01: FICHA DE VIGILANCIA N° V-085-2021-TUM-C

Teléfono Regional: 942160878
Teléfono Nacional: 994432338

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MAS

CODIGO N° V- OES-2011-TUM-C

SEDE REGIONAL TUMBES
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	X	NO		NS/NR
21.1	Señale su nombre: Katia Delgado Villegas.				
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?	X	NO		NS/NR
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 03		NS/NR		NA
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante **llamada telefónica** de parte del actor comunal?	X	NO		NS/NR
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	X	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 f) Otros				NS/NR
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?:				
	X a)Antes de preparar los alimentos 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 f) Otros				NS/NR
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:				
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?	X	NO		NS/NR
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	X	NO		NS/NR
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:		NS/NR		NA
	Alimento 1 Leche Alimento 2 pavo Alimento 3 atunes Alimento 4 Aceite Alimento5				
	Alimento 6 Harina Alimento 7 Azucar Alimento 8 menestras Alimento 9 Avena Alimento 10				
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy Bueno	X Bueno	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:				
	Incremento de los canasta los productos				
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	X	NO		NS/NR
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	X 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?	X	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?				
		Muy Bueno	X Bueno	Malo	Muy malo
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/madre guía durante las consejerías?:	X	NO		NS/NR
31	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?				

Teléfono Regional: 942160878
Teléfono Nacional: 994432338

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MAS

CODIGO N° V- 085-2021-TUM-C

SEDE REGIONAL TUMBES
PRESTACION DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?			X	NO	NS/NR
32.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno	Bueno X	Malo	Muy malo	NA
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?					
	X Lavado de manos ( ) X Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento-1.5metros (X) Ninguna ( ) Otros Uso de alcohol					NS/NR
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 cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?			SI	X NO	NS/NR
36	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?			SI	X NO	NS/NR
37	¿La madre cuidora/madre guía la pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?			SI	X NO	NS/NR
38	OBSERVACIONES (o dificultades)					
39	RECOMENDACIONES					

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 TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	Aquino Zurita Guerrero	Nombres y Apellidos:	Aquino Zurita Guerrero
DNI:	02779390	DNI:	02779390
Cargo:	Resp. Regional	Cargo:	Resp. Regional
Correo electrónico:	-	Correo electrónico:	- 942160878