

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS**

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

Iquitos, 29 de Noviembre de 2021

OFICIO N°028-2021-CTVC/LORETO IQUITOS

Señor (a)

Rómulo De Vivanco Valcárcel

Jefe de la Unidad Territorial – Loreto

Programa Nacional CUNA MÁS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA quince (15) 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 (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° 051-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 052-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 053-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 054-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 055-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 056-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 057-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 058-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 059-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 060-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 061-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 062-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 063-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 064-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 065-2021-CTVC/IQU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

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
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente


ELVA ROSA CARMONA DE CHU
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-LORETO-IQUITOS



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. IQUITOS:(#)942161156 Telf. LIMA: (#)951864589	CASO	N° 063-2021-CTVC/IQU
--	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	11/11/2021
------------------	----------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	IRUYARI SEPULVEDA RODOLFO	3. NÚMERO-DNI:	05327448
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:		11/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	MAYNAS	
9. DISTRITO:	BELÉN	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AA.HH. JESSICA INCHAUSTEGUI	
11. PROCESO:	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?	75952224-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01	

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):
--

Con fecha 11/11/2021 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios No Presenciales del PNCM, se entrevistó a la Jéssica de Jesús Palacios Floriano, con DNI N° 75952224, Cuidadora Principal y madre de la niña atendida por el Comité de Gestión “Santa Elena”; recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-200-2021-IQU-C, donde se registró los siguientes puntos críticos:

- PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** La cuidadora principal ha manifestado que su niña a la fecha no ha recibido ningún material correspondiente al Kit de desarrollo infantil temprano, aclara que su niña ingresó al programa en abril del presente año. En tal sentido, es pertinente precisar según la RDE 766-2021- MIDIS/PNCM-DE Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales, en el numeral 5.7.1 Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT), “(...) el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM” y esto en concordancia al numeral 5.8.1 “Adquisición de los Kits DIT, se establece, “Para la programación de la adquisición del kit DIT, se tiene previsto la proyección de edades al mes en el que se realizará la distribución, a fin de no generar brechas en la entrega del Kit DIT. (...), deberá garantizar que la entrega del kit DIT se realice dentro del plazo de ejecución establecido”

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONNES:

- El Programa debe fortalecer el cumplimiento de lo dispuesto en la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 766-2021-MIDIS/PNCM “Modelo De Cogestión Comunal Para La Implementación y Funcionamiento de Los Servicios del Programa Nacional Cuna Más para lograr impulsar el Desarrollo Infantil Temprano de la primera infancia.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas del punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de emisión de alertas y comunicar al CTVC.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-200-2021-IQU-C (01 FOLIO)



ANEXO

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 942161156 Teléfono Nacional: 999864880		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-186-2021-IQU-C			
SEDE REGIONAL: LARETO-IQUITOS									
PREVENCIÓN DE LOS RIESGOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS DE PREVENCIÓN									
¿Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad?						☒ SI ☐ NO			
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 3, si es NO termine la encuesta)									
1. FECHA de la entrevista:		02 / 11 / 2021		2. HORA de la entrevista:		INICIAL: 08:15		FINAL: 10:45	
DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista:									
3. DNI del Cuidador Principal:		48016153		4. NOMBRE y APELLIDOS:		ALIDA MARGARITA PASABE LÓPEZ			
5. DEPARTAMENTO:		LORETO		6. PROVINCIA:		RAYNAS			
7. DISTRITO:		FERNANDO LÓPEZ		8. CCPP/Barrío/Dirección:		TAMSHITACU			
9. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria(a): a) Madre (☒) b) Padre (☐) c) Otros (☐) d) Predece (☐)									
10. LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece: 08 DE JULIO									
11. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: 08 DE JULIO									
12. IDIOMA que usa más (idioma predominante): a) Español (☒) b) Quechua (☐) c) Aymara (☐) d) Asháninka (☐) e) Inga (☐) f) Otros (☐)									
EL 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 Casa Más: 1									
14. Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 2 Meses: 2 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:									
15. En su hogar, ¿CÓMO 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, ¿CÓMO los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CREC)?						☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR			
17. Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo?						07/SET Niño 2: Niño 3:			

17	¿Cuándo fue el último mes que llevó a su hijo/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo?	07/SET	Niño 2	Niño 3	NS/R
18	En su hogar, TODOS los miembros usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (ISS, ESSALUD, otros)?	SI	NO	NS/R	
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
19	¿A TODOS sus hijos/as usuarios del Programa les han realizado una prueba/batizado de hemoglobina este año?	SI	NO	NS/R	
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
20	¿A TODOS sus hijos/as usuarios del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)?	SI	NO	NS/R	
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	SI	NO	NS/R	
21.1	Siéntese su nombre: KETTY MELISA SALAS GARCIA				
22	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su hijo/a por mensaje de texto o vozante o otro pariente?	SI	NO	NS/R	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?	2	NS/R	NA	
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su hijo/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?	SI	NO	NS/R	
23.1	¿La llamada telefónica duró, mínimamente, entre 15 a 20 minutos?	SI	NO	NS/R	
23.2	¿Cómo valora usted estas orientaciones?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a				
24.1	a) Lactancia materna: SI, de 0 a 6 meses; b) Lavado de manos: SI, con agua jabonada; c) Clorata: SI, le llevo a sus controles CIE/D Vacunas; d) 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?				
25.1	¿Antes de preparar los alimentos? SI; Después de ir al baño? SI; Después de cambiar el pañal? SI; Después de cambiar el bebé? SI; Otros:				
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:				
26	Por favor, diga usted de esa niño/a agua jabonada o clorada?	SI	NO	NS/R	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	SI	NO	NS/R	
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				
	Alimento 1: AJO; Alimento 2: AVENA; Alimento 3: LECHE; Alimento 4: ACEITE; Alimento 5: LENTEJA; Alimento 6: NADENA; Alimento 7: PERCADO E LATA; Alimento 8: HARINA DE PLATANO; Alimento 9: HARINA TR; Alimento 10: ARVEJAS				
27.2	¿Cómo valora usted estos alimentos entregados?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?				
	FALTA AZÚCAR				
28	El mes pasado usted, ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	SI	NO	NS/R	
28.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
29	¿A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (82 cuentos) y juguetes (82 juguetes) para su hijo/a?	SI	NO	NS/R	
29.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				
30	¿Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
31	¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/R	
32	Alguna vez ha visto algún video sobre Cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	SI	NO	NS/R	
32.1	Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?	Muy Buena	Buena	Malas	Muy mala
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: NO CUENTA CON INTERNET				
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 recibió dosis de la VACUNA contra el COVID-19?	a) Primera dosis: (); b) Segunda dosis: (); c) Ninguna: (X)			
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué:				
	NO LOGRO ALCANZAR LA CUNA - EL 30/12/2021 NO FUERON ATENDIDOS				
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO	NS/R	
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/R	
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO	NS/R	
38	OBSERVACIONES (o dificultades):	NO RECIBO JABÓN Y CUBREBocas			
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 TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Nombre y Apellidos: ROSA MARIA CORTES DE CUEVA		Nombre y Apellidos: ROSA MARIA CORTES DE CUEVA			
DNI: 74001011340		DNI: 74001011340			
Cargo: RESPONSABLE REGIONAL		Cargo: RESPONSABLE REGIONAL			
Correo electrónico: rosamaria.cortes@proteccioncivil.gub.ve		Correo electrónico: rosamaria.cortes@proteccioncivil.gub.ve			
Teléfono: 0412 911 1134		Teléfono: 0412 911 1134			