

**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° 065-2021-CTVC/IQU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 08/11/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		ARICARI JARAMILLO HÉCTOR GUILLERMO		3. NÚMERO-DNI: 05369796	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCA CIUDADANA		5. CARGO: PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA: 08/11/2021	
7. DEPARTAMENTO:		LORETO		8. PROVINCIA: MAYNAS	
9. DISTRITO:		SAN JUAN BAUTISTA		10. CCPP/DIRECCIÓN: AA.HH. ZÚNGARO COCHA	
11. PROCESO:		SERVICIO DE CUIDADO DIURNO		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? 45118681-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Con fecha 08/11/2021 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios No Presenciales del PNCM, se entrevistó a la señora Carolina del Mar Guzmán Daza, con DNI N° 45118681, Cuidadora Principal y madre de la niña atendida por el Comité de Gestión “Santa Clara”; recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-170-2021-IQU-C, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO ESTAN CONSUMIENDO UN SUPLEMENTO DE HIERRO (GOTAS, JARABE, TABLETAS, POLVO).

Durante la entrevista la Cuidadora principal manifiesta “que su hijo (1 años y 3 meses de edad) está bien en su nivel de hemoglobina” en tanto no le vendría suministrando ningún tipo de suplemento con hierro.

Esta situación no estaría de acuerdo a lo señalado en la *RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece en el punto 4.1.39 la suplementación preventiva y terapéutica como una estrategia de intervención que promueve el PNCM, de acuerdo a la norma técnica de salud para el manejo preventivo y terapéutico de anemia del MINSA. Asimismo, en el punto 4.2 de los objetivos del Acompañamiento Familiar no presencial, específicamente sobre*

“(…)

Realizar el seguimiento:

Al paquete integrado de atención a las gestantes o al paquete integrado de servicios priorizados para niños y niñas según corresponda.

“(…)”.

2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN INCOMPLETO.

Durante la entrevista realizada la cuidadora principal ha manifestado que el Programa Cuna Más le había entregado materiales de higiene y protección como: 1 unidad de Jabón líquido, 1 unidad de papel toalla, 3 unidades de mascarillas KN95; con lo cual no se habría entregado de manera

completa, el Kit de higiene y protección , según lo estipulado en la RDE 766_2021_MIDIS/PNCM

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Verificar el cumplimiento de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece en el punto 4.1.39 la suplementación preventiva y terapéutica como una estrategia de intervención que promueve el PNCM según corresponda.
- Establecer los mecanismos correspondientes a fin dar cumplimiento de la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM, en el que indica que el Kit de higiene y protección está compuesto jabón líquido (1und), papel toalla (2 und) y mascarilla KN95 (04 und.)
- 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-170-2021-IQU-C (01 FOLIO)


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



ANEXO

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 942161156		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-170-2021-IQU-C			
SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS									
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		NO	
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)									
1 FECHA de la entrevista:		08 / 11 / 2021 /		2 HORA de la entrevista:		INICIAL 06 : 00		FINAL 06 : 30	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.									
3 DNI del Cuidador Principal:		45118681		4 NOMBRE y APELLIDOS:		CAROLINA DEL MAR GUZMÁN DAZA			
5 DEPARTAMENTO:		LORETO		6 PROVINCIA:		MAYANS			
7 DISTRITO:		SAN JUAN BAUTISTA		8 CCP/Barrio/Dirección:		ZUNGARO COCHA			
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: ZUNGARO COCHA									
11 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: SANTA CLARA									
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: 1									
14 Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 1 Meses: 3 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:									
15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI									
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)									
17 Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: OCTUBRE									
18 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)									
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									
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)									
20.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: ESO LE DIJO LA ENFERMERA EN LA POSTA QUE SOLO HASTA UN AÑO RECIBEN									
20.1 NECESITO SABER HASTA CUANDO PUEDE MI HIJO CONSUMIR EL SUPLEMENTO DE HIERRO - NECESITAMOS APOYO EN LA POSTA NOS DICEN UNO Y OTRA COSA									
21 ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?									
21.1 Señale su nombre: JUDITH MANUYAMA MORI									
22 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?									
22.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 3									
23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?									
23.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos									
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 b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas 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 b) Antes de comer c) Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros									
25.1 Si la respuesta es Otros, mencione:									
26 Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?									
27 El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?									
27.1 Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:									
Alimento 1 LECHE Alimento 2 ACEITE Alimento 3 PESACDO EN LATA Alimento 4 AVENA Alimento 5 MAIZENA									
Alimento 6 HARINA PLAT Alimento 7 HARINA TRI Alimento 8 ARVERJA Alimento 9 ARROZ Alimento 10 LENTEJA									
27.2 Cómo valora usted estos alimentos entregados: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo									
27.3 ¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:									
FALTA AZUCAR Y CARNE EN LATA									
28 El mes pasado usted, ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?									
28.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?: MASCA 3 SI NO NS/NR									
29 A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?									
29.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?: SI NO NS/NR									
29.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?									
ENTREGAR MAS JUGUETES A LOS NIÑOS									
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)?									
32 Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?									
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: NO TIENE 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 cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?									
34.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()									
35 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?									
36 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?									
37 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?									
38 OBSERVACIONES (o dificultades)									
EN LA POSTA LE DIJERON QUE YA NO LE CORRESPONDE EL HIERRO A SU NIÑO. - SOLO LE DIJERON 3 MASCARILLAS, 1 PAPAEL TOALLA.									
39 RECOMENDACIONES									
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO					CASO 065-2021-CTVC/IQU				
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA					DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA				
QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN					QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				
Nombres y Apellidos: HÉCTOR GUILLERMO ARICARI JARAMILLO					Nombres y Apellidos: ELVA ROSA CARMONA DE CHU				
DNI: 05369796					DNI: 5840895				
Cargo: PRESIDENTE					Cargo: RESPONSABLE REGIONAL				
Correo electrónico:					Correo electrónico: loreto.1rrctvcperu@gmail.com				
Teléfono: 953606186					Teléfono: 942161156				