Iquitos, 30 de Noviembre de 2021

OFICIO Nº030-2021-CTVC/LORETO IQUITOS

Señor (a)
Rómulo De Vivanco Valcárcel
Jefe de la Unidad Territorial – Loreto
Programa Nacional CUNA MÁS
Presente. -

Asunto : Se ALERTA siete (7) 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° 070-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 071-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 072-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 073--2021-CTVC/IQU
- CASO N° 074-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 075-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 076-2021-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.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente

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

[1] Para efectos de la atenció **Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, m...

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. IQUITOS:(#)942161156 Telf. LIMA: (#)951864589	CASO	N° 070-2021-CTVC/IQU

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MÁS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**05/11/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GAVIRIA GARCIA DARWIN	**3. NÚMERO-DNI:**	40680530
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCA CIUDADANA	**5. CARGO:**	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**05/11/2021**

7. DEPARTAMENTO:	LORETO	**8. PROVINCIA:**	MAYNAS
9. DISTRITO:	IQUITOS	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	MICAELA BASTIDAS
11. PROCESO:	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?**	48986368 – CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	**01**

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

Con fecha 05/11/2021 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios No Presenciales del PNCM, se entrevistó a la Señora Nazareht Murayari Rimachi, con DNI Nº 48986368, madre de la menor de iniciales B.V.H.M., usuaria del Programa; recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-183-2021-IQU-C, donde se registró el siguiente punto crítico:

1. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".** Hogar manifiesta desconocer/no haber hecho uso, de/ los contenidos audiovisuales especializados que tiene el programa para promover de manera significativa y entretenida, en sus hogares usuarios, los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Esta situación podría contravenir la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2021” en el punto 6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Asimismo, en la RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM en el 5.3.2. a) Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial señala que las acciones de información y orientación se realizan con la utilización de medios digitales, para lo cual el uso de la plataforma contribuiría de manera importante.

   Cabe mencionar que la usuaria cuenta con equipo celular de gama media/alta y en el lugar donde vive hay cobertura de internet.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONNES:

- Que el Programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la RDE 0912-2021-MIDIS/PNCM, en los numerales:
  4.3. Modelo de Cogestión:

4.3.2. Propósito de Modelo de Cogestión: “Fortalecer las capacidades de los integrantes de las Juntas Directivas de los Comités de Gestión y demás actores para la cogestión de los servicios del PNCM.
4.4. Organización para Cogestión de los Servicios.
4.4.3 Junta Directiva
4.4.3.1 Responsabilidades de la Junta Directiva:
Inciso a) Elaborar y ejecutar un cronograma de trabajo orientado a la organización y funcionamiento de los servicios, con asistencia técnica del equipo técnico de la Unidad Territorial
Inciso i) Informar a las autoridades locales, organizaciones de base, líderes, lideresas y familias de la comunidad en sus reuniones (Asambleas Comunales, o Comunales Cabildos, faenas y otros) sobre el funcionamiento de los Servicios y la situación de las usuarias y los usuarios. Realizar por lo menos 2 veces en el año la rendición de cuentas de su gestión.

- Se solicita al Programa Cuna Más, reforzar la asistencia técnica dirigida a los integrantes del Comité de Gestión, sobre las normativas actualizadas, de tal manera que se pueda garantizar un eficiente desarrollo de sus funciones.
- 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 alertas y comunicar al CTVC.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia Nº V-183-2021-IQU-C (01 FOLIO)

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

Equipo Técnico
Unidad Territorial
IQUITOS
Contraloría - Transparencia y Vigilancia Ciudadana

ANEXO

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942161156
Teléfono Nacional: 951864589

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V-183-2021-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 X**	**NO**	
(si la respuesta es SI continue con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)			

1	**FECHA de la entrevista:**	05/11/2021	2	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 08:00 **FINAL** 08:30

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

3	**DNI del Cuidador Principal:**	48986368	4	**NOMBRE y APELLIDOS:**	NAZAREHT MURAYARI RIMACHI
5	**DEPARTAMENTO:**	LORETO	6	**PROVINCIA:**	MAYNAS
7	**DISTRITO:**	IQUITOS	8	**CCPP/Barrio/Dirección:**	MICAELA BASTIDAS
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:**	LC. MICAELA BASTIDAS			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	MICAELA BASTIDAS			
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: 01			
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: **Niño 1:** Años: 02 Meses: 08 **Niño 2:** Años: _____Meses:_____ **Niño 3:** Años: _____Meses:_____			
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	SI 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)	SI X	NO	NS/NR
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrol **Niño 1**: SEPTIEMBRE **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 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	SI 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)	SI X	NO	NS/NR
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
20.1				
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	SI X	NO	NS/NR
21.1	Señale su nombre: MARIA DEL CARMEN PANDURO GUERRA			
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto **o** volantes o alto parlantes?	SI X	NO	NS/NR
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibio estos mensajes? : 02 MARTES Y VIERNES		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 X	NO	NS/NR
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	SI X	NO	NS/NR
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	Muy Bueno	Bueno X	Malo / Muy malo
24	Por favor, díga 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			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?:			
	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 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?	SI X	NO	NS/NR
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	SI X	NO	NS/NR
27.1	Por favor, díga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:			
	Alimento 1 LECHE Alimento 2 AVENA Alimento 3 ACEITE Alimento 4 FILETE DE ATUN Alimento5 ARROZ	NS/NR		NA
	Alimento 6 ARVEJAS Alimento 7 HARINA DE PLATANO Alimento 8 HARINA DE TRIGO Alimento 9 Alimento 10			
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy Bueno	Bueno X	Malo / Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?: QUE ENTREGUEN AZUCAR			
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	SI X	NO	NS/NR
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno X	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 X	NO	NS/NR
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno X	Malo / Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?			
	NINGUNA			
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/madre guía durante las consejerías?:	Muy Bueno	Bueno X	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 X	NS/NR
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	SI	NO X	NS/NR
32.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno / Bueno	Malo	Muy malo / NA
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: NO FUE COMENTADA POR EL ACTOR COMUNAL			
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-1.5metros (X) Ninguna ( ) Otros_____			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	NO X	NS/NR
36	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO X	NS/NR
37	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO X	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:	DARWIN GAVIRIA GARCIA	**Nombres y Apellidos:**	DARWIN GAVIRIA GARCIA
DNI:	40680530	**DNI:**	40680530
Cargo:	RC - CTVC	**Cargo:**	RC - CTVC
Correo electrónico:	loreto.1rctvc@gmail.com	**Correo electrónico:**	loreto.1rctvc@gmail.com