

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

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

Pucallpa, 12 de noviembre del 2021

OFICIO N° 051-2021-CTVC/UCAYALI

Señor:

Manuel Gil Teagua

Jefe de la Unidad Territorial – Ucayali

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Cinco (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 (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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 092-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 093-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 094-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 095-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 096-2021-CTVC/UCA

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,



JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

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

Teléf. de Ucayali 984063619
Teléf. Nacional: 984056206

CASO

N° 092-2021-CTVC/UCA

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	10/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	DEL AGUILA CALDERÓN ERICK		3. NÚMERO-DNI:	42920162
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	04/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	UCAYALI	8. PROVINCIA:	PADRE ABAD	
9. DISTRITO:	PADRE ABAD	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JJ.VV, PAMPA YURAC JR. LAS ORQUIDIAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	00185950 Gloria Celestino Cruz (Madre)	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03 Puntos Críticos.	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

El día 04/11/2021 durante la entrevista telefónica realizado a la Sra. Gloria Celestino Cruz, madre de la menor Junior Rodolfo Soto Celestino, usuario del programa Cuna Mas, atendido por el Comité de Gestión "Villa Aguaytia", evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- 1. ACTOR COMUNAL NO ENVÍA MENSAJES DE TEXTO CON ORIENTACIONES A LAS FAMILIAS A SU CARGO LA SEMANA PASADA.** Cuando se le pregunto a la señora Celestino, si había recibido mensajes de texto con orientaciones a las familias la semana pasada, refirió que no los había recibido, además comento **que la madre cuidadora había renunciado.** Lo indicado contravendría lo señalado en el **literal c) del numeral 5.3.2. Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM "Prestación De Los Servicios Del Programa Nacional Cuna Más En Contextos No Presenciales"** que señala "En estos casos se entregarán 4 mensajes por semana, preferentemente uno por día, una vez por semana Salud Mental, una vez por semana Covid-19 y dos serán mensajes DIT, enviados de acuerdo a la programación de la Malla de contenidos y mensajes para contextos no presenciales.
- 2. ACTOR COMUNAL NO BRINDA CONSEJERÍA TELEFÓNICA AL HOGAR LA SEMANA PASADA.** Durante la entrevista a la señora Gloria Celestino manifestó que la semana pasada no recibió la llamada telefónica de parte del actor comunal; lo indicado contravendría lo señalado en el **literal b) del numeral 5.3.2. Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM "Prestación De Los Servicios Del Programa Nacional Cuna Más En Contextos No Presenciales"** que señala "La consejería telefónica consiste en dar acompañamiento sostenido a las familias usuarias, mediante una llamada telefónica una vez por semana, con una duración entre 15 y 20 minutos.
- 3. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** Durante conversación telefónica, cuidadora principal manifestó que su niño ingresó al programa en el mes de Julio del año 2020, sin embargo, hasta la fecha no se le ha realizado la entrega del KIT DIT correspondiente a este año 2021. Esta situación estaría contraviniendo lo estipulado en la **RDE N° 076-2021-MIDIS/PNCM-DE Prestación de los Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales En su numeral 5.7.4 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 Los Kit DIT para niñas y niños usuarios de los servicios del PNCM están compuestos por 04 materiales educativos variados, con pertinencia cultural en el marco de la promoción del juego: 2 juguetes y 2 cuentos de acuerdo al grupo etario.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Que el 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 Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso.
- Mayor seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión y a los actores comunales, a fin de mejorar el servicio al usuario y pueda fortalecer el desarrollo infantil a través de la entrega del KIT DIT en forma oportuna.
- Mayor seguimiento y acompañamiento a los actores comunales, a fin de mejorar el proceso de consejería telefónica, envío de mensajes de texto con orientaciones a la familia; y así fortalecer el entorno familiar para ampliar las condiciones para el bienestar y desarrollo de las niñas y niños del programa.
- Que se indague sobre los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para contribuir con la mejora del desarrollo infantil de las niñas y niños, las prácticas de las familias y madres gestantes del distrito vinculadas al servicio.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (02))

1. Copia de la Ficha de Vigilancia V-129-2021-UCA-C (001 folio)



ERICK DEL AGUILA CALDERÓN

Responsable de Campo

ANEXO N°001

Copia de la Ficha de Vigilancia N° V-129-2021-UCA-C

Teléfono Regional: 984063619 Teléfono Nacional: 984056206		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS		CODIGO N° V-0129-2021-UCA-C		
SEDE REGIONAL UCAYALI 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:		4/11/2021		2 HORA de la entrevista: INICIAL 11:51 FINAL 12:08		
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.						
3 DNI del Cuidador Principal:		00185956		4 NOMBRE y APELLIDOS:		
5 DEPARTAMENTO:		UCAYALI		6 PROVINCIA:		
7 DISTRITO:		PADRE ABAD		8 CCPP/Barrío/Dirección:		
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:		VILLA AGUAYTIA				
11 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:		VILLA AGUAYTIA				
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: 5 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:						
15 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI				SI	NO	
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	
17 Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: Agosto Niño 2: Niño 3:				SI	NO	
18 En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)				SI	NO	
18.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						
19 A TODOS sus hijo/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tomado de hemoglobina este año				SI	NO	
19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						
20 A TODOS sus hijo/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)				SI	NO	
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	NO	
21.1 Señale su nombre: La Madre cuidadora renuncio						
22 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?				SI	NO	
22.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?						
23 La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?				SI	NO	
23.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos.						
23.2 ¿Cómo valora usted estas orientaciones?						
24 Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a				Muy Bu	Buena	
a) Lactancia materna b) Le doy leche c) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a los 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?				SI	NO	
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?				SI	NO	
27 El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?				SI	NO	
27.1 Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:						
Alimento 1 Leche - Alimento 2 Menestra - Alimento 3 Aceite - Alimento 4 Arroz - Alimento 5 Filete de atún						
Alimento 6 Cereales - Alimento 7 Avena - Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10						
27.2 ¿Cómo valora usted estos alimentos entregados?				Muy Bu	Buena	
27.3 ¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?				Muy Bu	Buena	
Que le cambien al hígado por otro alimento, que le aumenten leche						
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	
28.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?						
29 A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?				SI	NO	
29.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?						
29.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				Muy Bu	Buena	
30 ¿Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?						
31 Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?				SI	NO	
32 ¿Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?				SI	NO	
32.1 Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?						
32.2 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				Muy Bu	Buena	
33 En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?						
a) Lavado de manos () b) Uso de mascarilla () c) Distanciamiento-1.5 metros () Ninguna () Otros Desinfección del hogar						
34 ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?				a) Primera dosis () b) Segunda dosis () c) Ninguna ()	SI	NO
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	
36 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?				SI	NO	
37 ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?				SI	NO	
38 OBSERVACIONES (o dificultades)						
39 RECOMENDACIONES que le asignen lo mas pronto a su menor hijo, una madre cuidadora						
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:			