Pucallpa, 15 de noviembre del 2021

OFICIO Nº 052-2021-CTVC/UCAYALI

Señor:
Manuel Gil Teagua
Jefe de la Unidad Territorial – Ucayali
Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Siete (07) 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 CASOS[1]:

- CASO N° 097-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 098-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 099-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 100-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 101-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 102-2021-CTVC/UCA
- CASO N° 103-2021-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° 099-2021-CTVC/UCA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**12/11/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	FLORES GUTIERREZ ALFREDO	**3. NÚMERO-DNI:**	00080610
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – DISTRITO DE YARINACOCHA	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**05/11/2021**

7. DEPARTAMENTO:	UCAYALI	**8. PROVINCIA:**	CORONEL PORTILLO
9. DISTRITO:	YARINACOCHA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	Alan Sisley
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	**GESTIÓN DE SERVICIO DE CUIDADO DIURNO**	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	**48938807 Cuidador Principal**
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico.

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

El día 05/11/2021 durante la entrevista telefónica realizado a la Sra. Deysi Isabel Piña Orbe, madre de la Menor Kyra Kamileth Vásquez Piña, usuario del programa Cuna Mas, atendido por el Comité de Gestión "Teodoro Binder", evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** Durante conversación telefónica, la cuidadora principal manifestó que su niña ingresó al programa el 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.
- Que se indague sobre el punto crítico y se resuelva 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: (01)

1. Copia de la Ficha de Vigilancia V-135-2021-UCA-C (001 folio)

.....

JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional

ANEXO N°001

Copia de la Ficha de Vigilancia N° V-135-2021-UCA-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 984063619 **Teléfono Nacional: 984056206**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-135-2021-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 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** 17:30	**FINAL** 17:45

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

3	**DNI del Cuidador Principal:**	48938807	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	Deysi Isabel Piña Orbe
5	**DEPARTAMENTO:**	Ucayali	**6**	**PROVINCIA:**	**Coronel Portillo**
7	**DISTRITO:**	**Yarinacocha**	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	**Alan Sisley**
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:**	La Juventud			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	TEODORO BINDER			
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:** 2 Años: 2 Meses: _____ **Niño 2:** Años: _____ Meses:_____ **Niño 3:** Años: _____Meses:_____				
15	En su hogar, TODOS 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, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y **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)	**SI**	**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**	**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**	**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**	**NO**	**NS/NR**	
21.1	Señale su nombre:_Debora				
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto **o** volantes o alto parlantes?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibio estos mensajes? : 5		**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**	**NO**	**NS/NR**	
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	**Muy Bueno**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**
24	Por favor, díga 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			**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 b)Antes de comer c)Después de ir al baño d)Después de cambiar el pañal 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**	**NO**	**NS/NR**	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
27.1	Por favor, díga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:				
	Alimento 1: Arroz Alimento 2: leche Alimento 3 Avena Alimento 4:aceite Alimento5: Menestra	**NS/NR**		**NA**	
	Alimento 6:Quinua Alimento 7: Alimento 8: Harina de platano Alimento 9: Alimento 10: 3 lates de bofe				
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?:				
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	**Muy Bueno**	**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?	**SI**	**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?				
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/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)?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	**SI**	**NO**	**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:				
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 ( ) Ninguna ( ) Otros_____			**NS/NR**	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis ( ) **b)** Segunda dosis ( ) **c)** Ninguna (x)			**NS/NR**	
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué estaba delicada de salud				
35	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
36	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
37	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	**SI**	**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:	ALFREDO FLORES GUTIERREZ	**Nombres y Apellidos:**	Julissa Fiorela Melendez Venancino
DNI:	00080610	**DNI:**	45290576
Cargo:	PRESIDENTE	**Cargo:**	ETR-Responsable Regional
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ucayail.rrctvcperu@gmail.com