Ica, 01 de diciembre del 2021.

OFICIO Nº 041-2021-CTVC/ICA

Señor:
YACKZON FROILAN YNGA VIDAL
Jefe de la Unidad Territorial
Programa Nacional CUNA MÁS
Presente. -

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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° 101-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 102-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 103-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 104-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 105-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 106-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 107-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 108-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 109-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 110-2021-CTVC/ICA

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.

……

Jhony Rojas Inga
Responsable Regional

[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

Telf. ICA: 942159108 **Telf. LIMA: 945095602**	**CASO**	**N° 107-2021-CTVC/ICA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**10/11/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	PECHO GARCIA MANUEL	**3. NÚMERO-DNI:**	21473506
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE LOS AQUIJES	**5. CARGO:**	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	10/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	ICA	**8. PROVINCIA:**	ICA
9. DISTRITO:	LOS AQUIJES	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	EL ROSARIO
11. PROCESO:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?**	40333394 CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	1

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

En el marco de las acciones de veeduría/vigilancia a la prestación de los servicios del Programa Nacional Cuna Más en contextos no presenciales, se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Edma Valencia Palomino cuidadora principal de la usuaria de iniciales D.A.A.V. atendida por el Comité de Gestión (CG) "El Rosario", en el cual se registra el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** Durante la entrevista la madre del niño usuario indicó que no ha recibido ningún kit de juegos o cuentos. Así mismo manifiesta que su menor hijo ingresó al programa el mes de abril del 2021. Esta situación podría contravenir lo estipulado en el punto 5.10 de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, que establece que la entrega de kit de DIT es para los usuarios continuadores por única vez.
   Debe indicarse la importancia de entregar de manera oportuna estos materiales educativos a las familias usuarias para la promoción del juego y aprendizaje infantil, que a su vez permitirán el fortalecimiento de las distintas dimensiones del desarrollo infantil de acuerdo al grupo etario.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Nacional 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 la cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Asegurar el cumplimiento de la entrega del kit DIT para el fortalecimiento del desarrollo infantil de los niños usuarios del programa Cuna Más.
- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1. Anexo 1: Copia Ficha de Vigilancia V-150-2021-ICA-C (folio 1)

.....

Jhony Rojas Inga
Responsable de Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942159108
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS

CODIGO N° V-150-2021-ICA-C

SEDE REGIONAL ICA

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:**	10/11/2021	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 17:10 **FINAL** 17:28
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.					
3	**DNI del Cuidador Principal:**	40333394	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	Edma Valencia Palomino
5	**DEPARTAMENTO:**	Ica	**6**	**PROVINCIA:**	Ica
7	**DISTRITO:**	Los Aquijes	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	El Rosario
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:**	CIAI El Rosario			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	El Rosario			
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: 2 **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 D **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:			
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: *Rosa*			
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 veces*		**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: *Leche* Alimento 2: *Avena* Alimento 3: *Sangrecita* Alimento 4: *Frijol*	**NS/NR**		**NA**
	Alimento 6: *Arvejita* Alimento 7: Arroz Alimento 8: Hojuela Alimento 9_____ Alimento 10_____			
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?:			
	Cambiar la sangrecita por higado.			
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: No está accesible.			
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 Uso de alcohol en gel y protector facial.			**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**	**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:	Manuel Pecho Garcia	**Nombres y Apellidos:**	Jhony Rojas Inga
DNI:	21473506	**DNI:**	23272657
Cargo:	Fiscal	**Cargo:**	Responsable Regional
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ica.rrctvcperu@gmail.com