Pucallpa, 17 de Noviembre del 2021

OFICIO Nº 053-2021-CTVC/UCA

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

Asunto : Se ALERTA Dieciseis (16) 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:

- CASO N° 104-2021-CTVC/UCA.
- CASO N° 105-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 106-2021-CTVC/UCA.
- CASO N° 107-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 108-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 109-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 110-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 111-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 112-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 113-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 114-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 115-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 116-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 117-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 118-2021- CTVC/UCA.
- CASO N° 119-2021- CTVC/UCA.

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido suprocedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.
A la espera de su pronta atención, quedo de Usted
Atentamente,

ERICK DEL AGUILA CALDERÓN
Responsable de Campo del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

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° 115-2021-CTVC/UCA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**15/11/2021**
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:**	**11/11/2021**
7. DEPARTAMENTO:	UCAYALI	**8. PROVINCIA:**	PURUS
9. DISTRITO:	PURUS	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	JR PABLO MARTINEZ ZAVALA S/N - BARRIO SANTA ROSA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	**GESTION DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA**	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	**44939237 -CUIDADORA PRINCIPAL**
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico .

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

El día 11/11/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica, se entrevistó a la Sra. Martha Torres Samuel, madre de la Usuaria Liliana Lizbeth Nacimento Torres, del Comité de Gestión " BAKEIXTA" del distrito de Purus; se registró el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN INCOMPLETO.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Martha Torres Samuel, indico que el programa Cuna Mas le había entregado materiales de higiene y protección como: jabón líquido (1und), mascarilla KN95 (4 und), y que el papel toalla, no le habían entregado. Esta acción contraviene con 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.)

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.
- 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: (02)

1. Copia de la Ficha de Vigilancia V-166-2021-UCA-C (folio)

.....

ERICK DEL AGUILA CALDERÓN
Responsable de Campo

ANEXO N°001

Copia de la Ficha de Vigilancia N° V-166-2021-UCA-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 984083619 Teléfono Nacional: 984056206	FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO BAF-CUNA MÁS	CODIGO N° V-166-2021-UCA-C

SEDE REGIONAL UCAYALI

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESIDENCIALES

	Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad (si la respuesta es SI continua con la pregunta 1, si es NO termina la entrevista)			SI	NO
1	FECHA de la entrevista:	12/11/2021	2 HORA de la entrevista:	INICIAL 11:02	FINAL 11:16
	I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.				
3	DNI del Cuidador Principal:	44202237	4 NOMBRE y APELLIDOS:	MARTHA TORRES SAMUEL	
5	DEPARTAMENTO:	UCAYALI	6 PROVINCIA:	PURUS	
7	DISTRITO:	PURUS	8 CCPP/Barrio/Dirección:	JR PABLO MARTINEZ ZAVALA SIN - BARRIO SANTA ROSA	
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre ( ) c) Otros ( ) Precise:			
10	COMITE DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	BAKEDITA			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español ( ) b) Quechua ( ) c) Ajemara ( ) d) Asháninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros JUNINOJI			
	II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS				
12	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1				
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: **Niño 1:** Años: 1 Meses: 6 **Niño 2:** Años: ____ Meses: ____ **Niño 3:** Años: ____ Meses: ____				
14	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI			SI	NO / NS/NR
14	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: LILIANA LIZBETH NAOMENTO TORRES				
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)			SI	NO / NS/NR
16	Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecer **Niño 1** NOVIEMBRE **Niño 2** ____ **Niño 3** ____				NS/NR
17	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)			SI	NO / NS/NR
17	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
18	A TODOS sus hijo/s/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año			SI	NO / NS/NR
18	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
19	A TODOS sus hijo/s/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)			SI	NO / NS/NR
19	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
20	¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?			SI	NO / NS/NR
20	Señale su nombre: YESENIA				
21	La semana pasada ¿le dieron orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?			SI	NO / NS/NR
21	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 3				NS/NR / NA
22	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante **llamada telefónica** de parte del actor comunal?			SI	NO / NS/NR
22	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos			SI	NO / NS/NR
22	Cómo valora usted estas orientaciones			Muy Bueno / Bueno	Malo / Muy malo
23	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a a) Lactancia materna b) Lavado de manos c) Le doy agua hervida o clorada d) Asiste a sus controles CRED/vacunas f) Otros				NS/NR
23	Si la respuesta es Otros, mencione:				
24	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
24	Si la respuesta es Otros, mencione:				
25	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?			SI	NO / NS/NR
26	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 / NS/NR
27	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?			SI	NO / NS/NR
27	Cómo valora usted estos materiales entregados?			Muy Bueno / Bueno	Malo / Muy malo
27	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				
28	Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?			Muy Bueno / Bueno	Malo / Muy malo
29	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?			SI	NO / NS/NR
30	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?			SI	NO / NS/NR
30	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?			Muy Bueno / Bueno	Malo / Muy malo / NA
30	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
31	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 metros ( ) Ninguna ( ) Otros ____				NS/NR
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ( )				NS/NR
32	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué:				
33	¿La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?			SI	NO / NS/NR
34	¿La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?			SI	NO / NS/NR
35	¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?			SI	NO / NS/NR
36	OBSERVACIONES (o dificultades)				
37	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 TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:		Nombres y Apellidos:	ERICK DEL AGUILA CALDERON
DNI:		DNI:	42290162
Cargo:		Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:		Correo electrónico:	[illegible]@gmail.com