Ica, 01 de diciembre del 2021.

OFICIO Nº 042-2021-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° 111-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 112-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 113-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 114-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 115-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 116-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 117-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 118-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 119-2021-CTVC/ICA
- CASO N° 120-2021-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° 119-2021-CTVC/ICA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	10/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CHAVEZ ARAMBURU PAOLA MAYRA	**3. NÚMERO-DNI:**	70390364
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE NASCA	**5. CARGO:**	VICEPRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	29/10/2021
7. DEPARTAMENTO:	ICA	**8. PROVINCIA:**	NASCA
9. DISTRITO:	NASCA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	ALFONSO UGARTE
11. PROCESO:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ATENCIÓN?**	70469722 MADRE CUIDADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	4	**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. Raysa Jara Robles, madre cuidadora en el Comité de Gestión (CG) "Vista Alegre", en el cual se registra el siguiente punto crítico:

1. **ACTOR COMUNAL DESCONOCE PRINCIPALES PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE PROMOVIDAS POR EL PROGRAMA.** Durante el desarrollo de la entrevista la madre cuidadora supo manifestar conocer solo hasta dos prácticas de cuidado saludable, sin embargo, en la RDE_0766-2021-MIDIS-PNCM en el punto 4.1.33. establece que el PNCM promueve mínimamente 06 prácticas de cuidado saludable, siendo las siguientes: *… a) La alimentación (lactancia materna y alimentación complementaria), b) Suplementación con hierro, c) Lavado de manos, d) Uso y consumo de agua segura, e) Asistencia oportuna a controles (asistencia oportuna al Control CRED, que incluye vacunas, y/o asistencia oportuna a la atención prenatal*).

   Siendo el actor comunal, la persona que asume la responsabilidad de brindar atención integral a las niñas y niños usuarios del programa, bajo la capacitación y asistencia técnica permanente del programa debería demostrar un mayor conocimiento y abordaje del tema en cuestión, a fin de favorecer el desarrollo infantil de niñas y niños menores de 36 meses.

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:

- Fortalecer las capacidades de la madre cuidadora, garantizando un mayor seguimiento y acompañamiento al Actor Comunal para fortalecer en el manejo de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve.
- 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-139-2021-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** **ACTOR COMUNAL-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-139-2021-ICA-C**

SEDE REGIONAL ICA
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

1	**FECHA de la entrevista:**	29/10/2021	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 16:00 **FINAL** 16:12

DATOS GENERALES DEL ACTOR COMUNAL a quien se le entrevista.

3	**DNI del Actor Comunal:**	70469722	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	Raysa Dannae Jara Robles
5	**DEPARTAMENTO:**	ICA	**6**	**PROVINCIA:**	Nasca
7	**DISTRITO:**	Nasca	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	Alfonso Ugarte
9	**EDAD del Actor Comunal:**	30	**10**	**TIEMPO que ejerce el cargo:**	20 meses

11	**CARGO del Actor Comunal:**	**a)** Madre guía ( ) **b)** Madre cuidadora (X) **c)** Guia de familia ( )
12	**LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:**	Virgen del carmen
13	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	Vista Alegre
14	**IDIOMA que usa más (idioma predominante):**	**a)** Español (X) **b)** Quechua ( ) **c)** Aymara ( ) **d)** Ashaninka ( ) **e)** Awajún ( ) **f)** Otros:_____

PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES COMUNALES CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS

15	¿Tiene 10 familias a su cargo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
16	Si la respuesta es no, señale cuántas familias tiene a su cargo: *4 Familias*			
17	¿La semana pasada envio orientaciones (mensaje de texto u otro medio) para el cuidado de su hijo/a a TODAS sus familias a cargo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
17.1	Si la respuesta es NO, diga por qué:			
18	¿La semana pasada se comunicó al menos una vez telefónicamente con TODAS sus familias a cargo?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
18.1	Si la respuesta es NO, diga por qué:			
19	Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más:			
	a) Lactancia materna b)suplementación con hierro c)Lavado de manos d)Uso y consumo de agua segura e)Asistencia oportuna a Controles CRED/vacunas f) Otros			**NS/NR**
19.1	Si la respuesta es Otros, mencione**:**			
20	En el mes pasado ¿Recibio su incentivo monetario oportunamente?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
21	Para el presente mes ¿Recibió recargas telefónicas para realizar sus actividades con las familias?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
22	El mes anterior ¿Recibió orientaciones de su acompañante técnico?	**SI**	**NO**	**NS/NR**
23	Cómo valora las orientaciones del acompañante técnico	**Muy Buen**	**Bueno**	**Malo** / **Muy malo**
24	¿Sobre qué temas le gustaría capacitarse, para fortalecer su trabajo como madre cuidadora/guía de familia?			**NS/NR**
	Desarrollo del niño			
25	Le capacitaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19	**SI**	**NO**	**NS/NR**
26	En los últimos dos meses el programa le ha entregado materiales de protección COVID 19 (mascarilla KN95, guantes, toca o redecilla, cubre zapatos)	**SI**	**NO**	**NS/NR**
26.1	Si la respuesta es no, señale los motivos:			
28	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**
29	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis ( ) **b)** Segunda dosis (X) **c)** Ninguna ( )			**NS/NR**
29.1	Si la respuesta es ninguna, Diga por qué			

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:	Paola Mayra Chavez Aramburu	**Nombres y Apellidos:**	Jhony Rojas Inga
DNI:	70390364	**DNI:**	23272657
Cargo:	Vicepresidenta	**Cargo:**	Responsable Regional
Correo electrónico:	paolamayrachavezaramburu@hotmail.com	**Correo electrónico:**	ica.rrctvcperu@gmail.com
Teléfono:	935288481	**Teléfono:**	942159108