

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Morales, 29 de noviembre de 2021

OFICIO N°089-2021-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:

Mariela Vela Tipa

Jefa de la Unidad Territorial San Martín

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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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°152-2021-CTVC/SAN
- CASO N°153-2021-CTVC/SAN
- CASO N°154-2021-CTVC/SAN
- CASO N°155-2021-CTVC/SAN
- CASO N°156-2021-CTVC/SAN
- CASO N°157-2021-CTVC/SAN
- CASO N°158-2021-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar los resultados de los mismos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,



.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO**N° 152-2021-CTVC/SAN**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	25/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	LÓPEZ DEL CASTILLO EDUARDO	3. Número-DNI:	00921473
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SAN ROQUE DE CUMBAZA.	5. Cargo:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	17/10/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	SAN ROQUE DE CUMBAZA	10. CCPP/Dirección:	JR. SAN MARTIN S/N
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	71075138– CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	01	14. Cantidad de Puntos Críticos:	1
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

El día 17/10/2021, el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de San Antonio de Cumbaza, realizó una acción de vigilancia a la prestación de los servicios del Programa Nacional Cuna Mas en contextos no presenciales, entrevistándose a la madre -cuidadora principal, Sra. Celida Olivos Molina, hogar usuario del servicio de acompañamiento a familias (padrón de afiliados a mayo 2021, entregado por el programa social), hecho registrado en ficha de vigilancia V-218-2021-SAN-C, encontrándose el siguiente punto crítico:

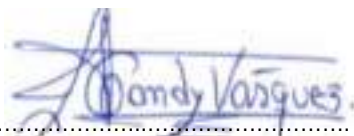
1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.

Madre -cuidadora principal, indicó que a la fecha no ha recibido materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo, según el numeral 5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT) de la RDE-0766-2021-MIDIS-PNCM, Directiva denominada “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales” le correspondería el KIT BEBES Y GATEADORES, ya que el usuario a la fecha tiene 06 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 0 a 18 meses del Servicio de Acompañamiento a Familias.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Asegurar la dotación del KIT DIT para niñas y niños usuarios de los servicios del PNCM, según lo establecido en la RDE-0766-2021-MIDIS-PNCM, numeral 5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT). El uso de dichos materiales permite el fortalecimiento de las distintas dimensiones del desarrollo infantil. En el caso del Servicio de Acompañamiento a Familias el grupo etario para bebe y gateadores es de 0 a 18 meses.
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

1. Ficha de Vigilancia: V-218-2021-SAN-C. (01 folio).



Iris Gandy Vasquez Huaman

Responsable de Campo

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

Sede San Martin



1. Ficha de vigilancia: V-218-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA											
Teléfono Regional: 942 158 973 - 920 033 057 Teléfono Nacional: 945 095 602			FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS				CODIGO N° V-218-2021-SAN-C				
SEDE REGIONAL SAN MARTIN 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 la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)							SI	NO			
1	FECHA de la entrevista:		17 / 10 / 2021 /		2	HORA de la entrevista:		INICIAL 07:00	FINAL 07:20		
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.											
3	DNI del Cuidador Principal:		71075138		4	NOMBRE y APELLIDOS:		CELIDA OLIVOS MOLINA			
5	DEPARTAMENTO:		SAN MARTIN		6	PROVINCIA:		LAMAS			
7	DISTRITO:		SAN ROQUE DE CUMBAZA		8	CCPP/Barrio/Dirección:		JR. LIMON			
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:		a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:								
10	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:		ESTRELLITAS DEL SABER								
11	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											
12	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01										
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: Meses: 06 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	
14.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
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	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento Niño 1: Agosto Niño 2: Niño 3:							SI	NO	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	
17.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:											
18	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	
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 viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)							SI	NO	NS/NR	
19.1 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	
20.1 Señale su nombre:											
21	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	
21.1 ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 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	
22.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos											
22.2 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) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros											
23.1 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											
24.1 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 (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?							SI	NO	NS/NR	
26.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo											
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	
27.1 Cómo valora usted estos materiales entregados?: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo											
27.2 ¿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	
30.1 Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?: Muy Bueno Bueno Malo Muy malo NA											
30.2 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-1.5metros (X) Ninguna () Otros											
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?										
a) Primera dosis (X) b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()											
32.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué: Porque aun no llega el turno para mi edad en mi distrito											
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:		EDUARDO LOPEZ DEL CASTILLO			Nombres y Apellidos:		IRIS GANDY VASQUEZ HUAMAN				
DNI:		00421473			DNI:		74401616				
Cargo:		PRESIDENTE DEL CL SAN ROQUE DE CUMBAZA			Cargo:		RESPONSABLE DE CAMPO				
Correo electrónico:					Correo electrónico:		sanmartin.1rctvcperu@gmail.com				