

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° 154-2021-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	25/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	CASTILLO ARTEAGA JOSÉ REGINALDO	3. Número-DNI:	27168162
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – BELLAVISTA	5. Cargo:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	20/10/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	BELLAVISTA
9. Distrito:	BELLAVISTA	10. CCPP/Dirección:	JR. LORETO S/N - SEGUNDO PISO
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	43597637 – CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en Contextos No Presenciales, el día 20/10/2021 se realizó una entrevista telefónica la Sra. Magaly Rivera Córdova, identificada con DNI N°43597637, madre -cuidadora principal de la usuaria del programa, registrada mediante ficha de vigilancia V-227-2021-SAN-C, registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. ACTOR COMUNAL NO ENTREGA ORIENTACIONES AL HOGAR SOBRE EL CUIDADO DE SU NIÑO/A MEDIANTE MENSAJES DE TEXTO LA SEMANA PASADA.** Durante la entrevista la Sra. Magaly Rivera manifestó que la semana pasada recibió sólo 1 mensaje de texto lo indicado contravendría lo señalado en el literal a) del numeral 5.3.2. Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial de la RDE 766-2021- MIDIS/PNCM Prestación De Los Servicios Del Programa Nacional Cuna Más En Contextos No Presenciales que señala *“La información y orientación consiste en abordar contenidos relacionados a las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje de la/el cuidadora/or principal (madre, padre u otro cuidador) para favorecer el desarrollo infantil temprano y de manera complementaria sensibilizar y difundir mensajes para la prevención del COVID-19 y salud mental que incluye prevención de la violencia, lo cual se realiza a través de mensajes por medios digitales. Considera una frecuencia de tres mensajes a la semana, uno por cada contenido temático 17, de acuerdo con el mes de gestación o la edad de la niña o niño en base a la programación de la Malla de contenidos y mensajes para contextos no presenciales”*.
- 2. ACTOR COMUNAL NO BRINDA CONSEJERÍA TELEFÓNICA AL HOGAR LA SEMANA PASADA.** La cuidadora principal menciona que hace dos semanas no recibe la llamada telefónica por parte del actor comunal.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la RDE N° 766-2021-MIDIS/PNCM “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”, resguardando la entrega de las actividades del acompañamiento no presencial a este hogar.
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios:01)

1. Ficha de Vigilancia: V-227-2021-SAN-C. (01 folio).



Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-227-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
Teléfono Regional: 942158973 - 920033057		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS	
Teléfono Nacional: 945095602		CODIGO N° V-227-2021-SAN-C	
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN			
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 continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)			
1	FECHA de la entrevista:	20/10/2021	2
HORA de la entrevista:		INICIAL 12:14	FINAL 12:34
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.			
3	DNI del Cuidador Principal:	43597637	4
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTÍN	6
7	DISTRITO:	BELLAVISTA	8
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre () c) Otros ()	10
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:	LOCAL COMUNAL LIMON	11
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	GOTITAS DE AMOR	12
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: 2 Meses: 3 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:	
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	SI	NO
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	NS/NR	
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	SI	NO
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y D:	Niño 1: SETIEMBRE 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
18.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	NS/NR	
19	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	SI	NO
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	NS/NR	
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
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:	NS/NR	
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	SI	NO
21.1	Señale su nombre: No recuerda en estos momentos	NS/NR	NA
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?	SI	NO
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : una vez	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
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	SI	NO
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:		NS/NR
24.1	a) Lactancia materna X) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas X) Otros		NS/NR
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:		NS/NR
25.1	a) Antes de preparar los alimentos X) 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
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?	SI	NO
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	SI	NO
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:		NS/NR
27.2	Alimento 1 alveria Alimento 2 leche Alimento 3 atun Alimento 4 aceite Alimento 5 arroz		NA
27.3	Alimento 6 semola Alimento 7 sangresita Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10		NS/NR
28	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	
28.1	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren? Nada, porque son muy buenos.		
29	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
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	
30	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?	SI	NO
30.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	
31	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?		
32	Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	
33	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO
34	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?	SI	NO
34.1	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno Bueno Malo Muy malo	NA
35	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:		
36	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?		NS/NR
37	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5metros (X) Ninguna () Otros - No salir mucho de casa, sólo si es necesario		NS/NR
38	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()	NS/NR
39	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué:		
40	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO
41	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO
42	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO
43	OBSERVACIONES (o dificultades)		
44	La señora manifiesta que hace dos semanas que no recibe la llamada por parte de la madre cuidadora.		
45	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:	José Reginaldo Castillo Arteaga	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz
DNI:	27168162	DNI:	46024131
Cargo:	Presidente CLTV - Bellavista	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:	sanmartin.rctvcperu@gmail.com