Huancavelica, 08 de noviembre de 2021

OFICIO Nº 038-2021-CTVC/HUANCAVELICA

Señor:

Alfredo Cutti Vargas
Jefe de la Unidad Territorial
Programa Nacional de Cuna Mas
Huancavelica.-

Presente. –

Asunto : Se ALERTA OCHO (08) 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° 159-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 160-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 161-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 162-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 163-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 164-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 165-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 166-2021-CTVC/HVC**

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.

.....
Yudith Isabel Gutiérrez Daza
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. HUANCAVELICA: (#) 942153032 Telf. LIMA: (#)951864589	**CASO**	**N°165 -2021-CTVC/HVC**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**29/10/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GUTIERREZ DAZA YUDITH ISABEL	**3. NÚMERO-DNI:**	41587288
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	RESPONSABLE REGIONAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**29/10/2021**
7. DEPARTAMENTO:	HUANCAVELICA	**8. PROVINCIA:**	ACOBAMBA
9. DISTRITO:	ACOBAMBA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	BARRIO MANCO CAPAC S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	PRESTACION DELSERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?**	44917249 – CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02

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

En el marco de las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, se realizó la entrevista telefónica con la Sra. Yanet Obregon Justiniano, madre de la usuaria de iniciales U.A.P.O. atendida por el Comité de Gestión "Hijo de Jesús María", evidenciándose los siguientes puntos criticos:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.**
   La madre de usuaria informa que no ha recibido el kit de estimulación, manifestó que desde que ingreso al programa. 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.

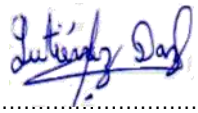
2. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".**
   La Madre de la usuaria indicó que desconoce sobre Cuna Más Digital y que no ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más. Esta situación podría contravenir la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021" en el punto 6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Asimismo, en la RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM en el 5.3.2. Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial a) indica que 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.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso.
- Mayor seguimiento y acompañamiento al Comité de Gestión y a los actores comunales, a fin de mejorar el servicio al usuario y pueda fortalecer el desarrollo infantil a través de la entrega del KIT DIT en forma oportuna.
- Sugiriéndose al programa mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital. Así mismo, señalar que conforme a lo señalado en la RDE 766-2021- MIDIS/PNCM-Directiva de Prestación de los Servicios del Programa en contextos no Presenciales, sobre las acciones del acompañamiento no presencial: 5.3.2. Actividades del Acompañamiento no Presencial, literal a, se señala que las acciones de Información y orientación se realizan con la utilización de medios digitales, para lo cual el uso de la plataforma contribuiría de manera importante.

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

- Copia Ficha de Vigilancia N° V-160-2021-HVC-C (01 folio)



.....

Yudith Isabel Gutiérrez Daza
Responsable Regional

1. Copia Ficha de Vigilancia N° V-160-2021-HVC-C.

COMITÉ DE TRANSPARENCIAA1:AB20 Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 941587288 **Teléfono Nacional: 952864589**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-160-2021-HVC-C**

SEDE REGIONAL HUANCAVELICA

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:**	29-Oct	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 10:50	**FINAL** 11:05	

I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.

3	**DNI del Cuidador Principal:**	44917249	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	YANET OBREGON JUSTINIANO
5	**DEPARTAMENTO:**	HUANCAVELICA	**6**	**PROVINCIA:**	ACOBAMBA
7	**DISTRITO:**	**ACOBAMBA**	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	BARRIO PUBLO VIEJO
9	**PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:**	**a)** Madre ( ) **b)** Padre ( ) **c)** Otros ( ) Precise:_____			
10	**LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:**	LOCAL COMUNAL CEBA			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	HIJO DE JESUS MARIA			
12	**IDIOMA que usa más (idioma predominante):**	**a)** Español ( ) **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: 7 **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 **Niño 1**: ___SET			**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:				
20.1					
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:___ YOVANA TELLO PALOMINO				
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? : _____ 3		**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: ALIMENTACION CON HIERRO				
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: CADA VEZ QUE SE ENSUCIA				
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 ARROZ, Alimento 2 LECHE, Alimento 3 SEMOLA, Alimento 4 GARBANZO, Alimento 5 ACEITE	**NS/NR**		**NA**	
	Alimento 6 HIGADO, Alimento 7 ATÚN, Alimento 8 QUINUA, 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?:				
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?: JABON EN BARRA 3	**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:				
	DESCONOCE LOS MOTIVOS .				
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				
	a) Lavado de manos ( ) b) Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento-1.5metros ( ) Ninguna ( ) Otros_____ TENER LA CASA LIMPIO			**NS/NR**	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis ( ) **b)** Segunda dosis ( ) **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)** NINGUNA				
39	**RECOMENDACIONES** NINGUNA				

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:	YUDITH ISABEL GUTIERREZ DAZA	**Nombres y Apellidos:**	YUDITH ISABEL GUTIERREZ DAZA
DNI:	41587288	**DNI:**	41587288
Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL	**Cargo:**	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:	huancavelica.rrctvcperu@gmail.com	**Correo electrónico:**	huancavelica.rrctvcperu@gmail.com