

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, 30 de noviembre de 2021

OFICIO N°092-2021-CTVC/SAN MARTÍN

Sra.:

Mariela Vela Tipa

Jefa de la Unidad Territorial San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

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 (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°173-2021-CTVC/SAN | • CASO N°177-2021-CTVC/SAN |
| • CASO N°174-2021-CTVC/SAN | • CASO N°178-2021-CTVC/SAN |
| • CASO N°175-2021-CTVC/SAN | • CASO N°179-2021-CTVC/SAN |
| • CASO N°176-2021-CTVC/SAN | • CASO N°180-2021-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° 174-2021-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	10/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	FUCHS PIZANGO LLULIANA	3. Número-DNI:	00897529
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SAN JOSÉ DE SISA	5. Cargo:	PRESIDENTA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	09/11/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	EL DORADO
9. Distrito:	SAN JOSÉ DE SISA	10. CCPP/Dirección:	JR. 28 DE JULIO - CUADRA 2
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	70060966 – CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	1
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 09/11/2021 se realizó una entrevista telefónica la Sra. Janith Mora Rodríguez, identificada con DNI N°70060966, madre -cuidadora principal de la usuaria del programa, registrada mediante ficha de vigilancia V-271-2021-SAN-C, registrándose el siguiente punto crítico:

- 1. PROGRAMA ENTREGA INCOMPLETO AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** Al ser consultada sobre si a la fecha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y (02 juguetes), la madre de la usuaria indica que sólo había recibido “1 sonaja y 1 peluche pollito desde su ingreso al Programa”. Lo mencionado podría afectar la promoción del juego y aprendizaje infantil que promueve el Programa según la edad del niño usuario del programa.

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”. En los siguientes artículos mencionan: “(...) 5.7.1. *Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT)* La dotación del kit DIT se enmarca en la promoción del juego y aprendizaje infantil que promueve el PNCM. El kit DIT comprende materiales educativos variados y versátiles; como juguetes y cuentos para niñas y niños; organizados según grupo etario, con la finalidad de que ellos/as usen los materiales en casa durante sus momentos de juego, en el período de atención no presencial frente al Estado de Emergencia Nacional por el coronavirus- COVID 19. Considerando ello, el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM. Los Kit DIT para niñas y niños usuarios de los servicios del PNCM están compuestos por 04 materiales educativos variados, con pertinencia cultural en el marco de la promoción del juego: 2 juguetes y 2 cuentos de acuerdo al grupo etario...(...)”. Numeral 5.10. Distribución de los Kitt DIT La entrega de los Kits DIT a los usuarios y familias usuarias del PNCM se realizarán considerando los siguientes aspectos: La frecuencia de entrega del Kit DIT, es por única vez a niñas y niños usuarios continuadores de los servicios del Programa.

- 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-271-2021-SAN-C. (01 folio).



.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-271-2021-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-271-2021-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:	9/10/2021	2 HORA de la entrevista: INICIAL 10:25 FINAL 10:49
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.			
3	DNI del Cuidador Principal:	70060966	4 NOMBRE y APELLIDOS: JANITH MORA RODRIGUEZ
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTÍN	6 PROVINCIA: EL DORADO
7	DISTRITO:	SAN JOSÉ DE SISA	8 CCPP/Barrio/Dirección: JR. 28 DE JULIO - CUADRA 2
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre () c) Otros () Precise:	
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:	LOCAL COMUNAL EX MUSEO PROVINCIAL	
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	NIÑOS Y NIÑAS DE EL DORADO	
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: 2	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 Desarrollo:	Niño 1: agosto 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 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:		
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:		
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 recibió estos mensajes? : cuatro veces	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, 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	NS/NR	
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione: Lavado de dientes		
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:		
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, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:		
	Alimento 1 Leche Alimento 2 avena Alimento 3 alverna Alimento 4 arroz Alimento 5 aceite	NS/NR NA	
	Alimento 6 harina de plátano Alimento 7 higado Alimento 8 filete de atún 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? :		
	Mejorar la calidad del arroz		
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? :	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 cuidadora/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 SI ¿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:		
33	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 () Ninguna () Otros - Desinfectar el piso	NS/NR	
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()	
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué:		
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO NS/NR
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO NS/NR
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	SI	NO NS/NR
38	OBSERVACIONES (o dificultades)		
	Le entregaron 1 sonaja y 1 peluche político pero cuento no me entregaron.		
39	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: Luliana Fuchs Pizango		Nombres y Apellidos: Jeanette Flores Ruiz	
DNI: 00897529		DNI: 46024131	
Cargo: Presidenta - CLTVS San José de Sisa		Cargo: Responsable Regional	
Correo electrónico: -----		Correo electrónico: sanmartin.rctvcpu@gmail.com	