

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL AYACUCHO**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Ayacucho, 29 de noviembre de 2021

OFICIO N° 074-2021-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Ericzon Almeida Pablo

Jefe (e) de la Unidad Territorial – Ayacucho

Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

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° 175-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 176-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 177-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 178-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 179-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 180-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 181-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 182-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 183-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 184-2021-CTVC/AYA

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

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

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
UNIDAD TERRITORIAL AYACUCHO**

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

Atentamente,



Luis Cancho Cuba
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. U.T. AYACUCHO: 942155687
Telf. SEDE LIMA : 942160511

CASO

N° 178-2021-CTVC/AYA

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	04/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	PILLIHUAMAN FLORES PASTOR MARCIAL	3. NÚMERO-DNI:	41924278
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	04/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	HUANCASANCOS
9. DISTRITO:	CARAPO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CARAPO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	70306729-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 Hogar Usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Mediante Ficha de Vigilancia V-335-2021-AYA-C, se realizó la entrevista a la señora Rosaisela Leguia Cabana, cuidadora principal del hogar usuario del Comité de Gestión Manchiri, quien refirió lo siguiente:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.**
Durante la entrevista la señora Rosaisela Leguia manifestó que desde su ingreso en el presente año hasta el día de la entrevista aún no habría recibido ningún material que corresponde al Kit de Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT: 2 juguetes + 2 cuentos), hecho que limitaría la promoción del juego y aprendizaje infantil durante los momentos de juego dentro del período de atención no presencial, tal como lo señala el numeral 5.7.1. *Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT)* de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM-DE “Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales”, que indica “(...) 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 (...)”. Precisar que el usuario ingreso al servicio el 05.02.2021, y que para el caso del Servicio de Acompañamiento a Familia el grupo etario para la entrega del kit DIT es desde el nacimiento del menor. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

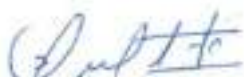
Cabe resaltar que la entrevista se realizó respetando el distanciamiento en el marco de la emergencia sanitaria.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más, el Comité de Gestión y los Actores Comunales garanticen 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”.
- Que el programa Cuna Más y el Comité de Gestión garantice con la entrega oportuna de los diferentes materiales señalados en la norma técnica de atención.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02 folios)

Ficha de Vigilancia N° V-335-2021-AYA-C (02 folios).



.....
Tania Zulema Infante Oriundo
Responsable de Campo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155687		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS		CODIGO N° V-335-2021-AYA-C				
SEDE REGIONAL AYACUCHO 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 entrevista)								
1	FECHA de la entrevista:	04/11/2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 09:00 FINAL 09:30			
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.								
3	DNI del Cuidador Principal:	70306729	4	NOMBRE y APELLIDOS:	ROSAISELA LEGUIA CABANA			
5	DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	6	PROVINCIA:	HUANCASANCOS			
7	DISTRITO:	CARAPO	8	CCPP/Barrio/Dirección:	CARAPO			
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: MANCHIRI							
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: 11 MESES							
14	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI				SI	NO	NS/NR	
14	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 y Desarrollo: Niño 1: 31 DE OCTUBRE 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	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	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	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	Señale su nombre: MARISOL BERROCAL QUISPE							
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	¿La semana pasada, cuántos días recibí estos mensajes? : 3 VECES				SI	NO	NS/NR	
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	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos				SI	NO	NS/NR	
22	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					SI	NO	NS/NR
23	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?:				SI	NO	NS/NR	
	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					SI	NO	NS/NR
24	Si la respuesta es Otros, mencione:							
25	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?				SI	NO	NS/NR	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155687
Teléfono Nacional: 942160416

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS

CODIGO N° V-335-2021-AYA-C

SEDE REGIONAL AYACUCHO
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		
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	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	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27	¿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	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy mal
30	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 DESINFECTAR LAS FRUTAS Y					
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis () b) Segunda dosis (X) c) Ninguna ()	NS/NR			
32	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué RECIEN TOCO A SU EDAD Y NO SE DIO TIEMPO PARA IR				
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:	PASTOR MARCIAL PILLIHUAMAN FLORES		Nombres y Apellidos:	TANIA ZULEMA INFANTE ORIUNDO	
DNI:	41924278		DNI:	28317487	
Cargo:	FISCAL		Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	
Correo electrónico:	Pastorpillhuaman@gmail.com		Correo electrónico:	Ayacucho.1rctvcperu@gmail.com	