

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°093-2021-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°181-2021-CTVC/SAN
- CASO N°182-2021-CTVC/SAN
- CASO N°183-2021-CTVC/SAN
- CASO N°184-2021-CTVC/SAN
- CASO N°185-2021-CTVC/SAN
- CASO N°186-2021-CTVC/SAN
- CASO N°187-2021-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:

- 5) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) 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° 186-2021-CTVC/SAN**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	12/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	VÁSQUEZ HUAMAN IRIS GANDY	3. Número-DNI:	74401616
4. Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE SAN MARTIN.	5. Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	12/11/2021
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	RUMISAPA	10. CCPP/Dirección:	JR. SAN MARTIN 207
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	71737742-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	01	14. Cantidad de Puntos Críticos:	01
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de Servicios del Programa Cuna Más en Contextos No Presenciales, el día 12/11/2021 se realizó una entrevista mediante llamada telefónica, a la Sra. Katherine Herminia Meza Gonzales, identificada con DNI N° 71737742, madre-cuidadora principal de usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Juntos Crecemos” del distrito de Rumisapa; registrándose la ficha de vigilancia V-306-2021-SAN-C, donde se identificó el siguiente punto crítico:

1. HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA; CUNA MÁS DIGITAL.

Durante la entrevista realizada a la madre de usuario, se le pregunto si conocía sobre los servicios que brinda “Cuna Mas Digital”; a lo que manifestó desconocer y no haber hecho uso de los contenidos audiovisuales especializados que tiene el programa para promover de manera significativa y entretenida, los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje en su niña menor de 36 meses de edad.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se difunda la multiplataforma “Cuna Más Digital” a través de los medios disponibles de manera que se promueva de manera significativa y entretenida conocimientos prácticos para lograr una infancia saludable, segura y feliz. 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, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.
- 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-306-2021-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-306-2021-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942 158 973 - 920 033 057		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-306-2021-SAN-C		
Teléfono Nacional: 945 095 602		HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS				
		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	NO	
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)						
1	FECHA de la entrevista:	12 / 11 / 2021 /	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 14: 25 FINAL 14: 41	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.						
3	DNI del Cuidador Principal:	71737742	4	NOMBRE y APELLIDOS:	KATHERINE HERMINIA MEZA GONZALES	
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTIN	6	PROVINCIA:	LAMAS	
7	DISTRITO:	RUMISAPA	8	C CPP/Barrio/Dirección:	JR. SAN MARTIN 207	
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:	JUNTOS CRECEMOS				
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 NIÑO					
13	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 01 Meses: 08 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:					
14	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI				SI	NO
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
16	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento: Niño 1: SETIEMBRE Niño 2: Niño 3:				SI	NO
17	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)				SI	NO
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
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
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
20.1	Señale su nombre: JESSICA ALI CORONEL VASQUEZ					
21	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?				SI	NO
21.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 03 veces				SI	NO
22	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?				SI	NO
22.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos				SI	NO
22.2	Cómo valora usted estas orientaciones:				Muy Bueno	Bueno
23	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:				Malo	Muy malo
	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
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?:				SI	NO
	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
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione:					
25	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?				SI	NO
26	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
26.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:				Muy Bueno	Bueno
27	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?				Malo	Muy malo
27.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?:				SI	NO
27.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?				Muy Bueno	Bueno
28	Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?:				Muy Bueno	Bueno
29	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?				Malo	Muy malo
30	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?				SI	NO
30.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:				SI	NO
30.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				Muy Bueno	Bueno
31	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?				SI	NO
	a) Lavado de manos (X) b) Uso de mascarilla (X) c) Distanciamiento-1.5 metros (X) Ninguna () Otros				SI	NO
32	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis (X) b) Segunda dosis () c) Ninguna ()				SI	NO
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
34	¿ La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?				SI	NO
35	¿ La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?				SI	NO
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:			Nombres y Apellidos:			
DNI:			DNI:			
Cargo:			Cargo:			
Correo electrónico:			Correo electrónico:			