Huancavelica, 11 de noviembre de 2021

**OFICIO Nº 044-2021-CTVC/HUANCAVELICA**

Señor:

**Alfredo Cutti Vargas**

Jefe de la Unidad Territorial
(Programa Nacional Cuna Mas-Huancavelica)

**Presente. –**

**Asunto : FE DE ERRATAS DEL OFICIO N° 043-2021-CTVC/HUANCAVELICA, Y ALERTAS (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, por intermedio de la presente remito la **FE DE ERRATAS DEL OFICIO N° 043-2021-CTVC/HUANCAVELICA,** con las **ALERTAS** correspondientes (08) CASOS, las cuales solicito tomar en cuenta este ultimo envió.

- **CASO N° 189-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 190-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 191-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 192-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 193-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 194-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 195-2021-CTVC/HVC**
- **CASO N° 196-2021-CTVC/HVC**

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos 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 GUTIERREZ DAZA**
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-HUANCAVELICA

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| Telf. HUANCAVELICA: (#) 942153032<br>Telf. LIMA: (#)951864589 | CASO | N°193-2021-CTVC/HVC |
|---|---|---|

| | | | |
|---|---|---|---|
| **PROGRAMA SOCIAL:** | **CUNA MAS** | **1. FECHA DE REGISTRO:** | **10/11/2021** |
| **I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:** | | | |
| **2. APELLIDOS NOMBRES:** | TEOFILO CUADROS BEJAR | **3. NÚMERO-DNI:** | 23218871 |
| **4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN** | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | **5. CARGO:** | PRESIDENTE |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO** | | **6. FECHA DE OCURRENCIA:** | **10/11/2021** |
| **7. DEPARTAMENTO:** | HUANCAVELICA | **8. PROVINCIA:** | HUANCAVELICA |
| **9. DISTRITO:** | ACORIA | **10. CCPP/DIRECCIÓN:** | CCPP CHUPACA |
| **11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:** | GESTION DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS | **12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?** | 76038957– CUIDADOR PRINCIPAL |
| **13. CANTIDAD DE AFECTADOS:** | 01 | **14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:** | 03 |

**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. MARIA PAULA QUINCHO TUNQUER, madre de la usuaria de iniciales A.P.A.Q. atendida por el Comité de Gestión "Virgen de Natividad", 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.

1. **HOGAR RECIBE INCOMPLETO KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.**
   Al ser consultada sobre el kit de higiene y protección, la madre de la usuaria, indica que en el mes de octubre únicamente le hicieron la entrega de 03 jabones de tocador y 04 mascarillas respirador KN 95, omitiendo la entrega de 02 papel toalla que habitualmente le hacían entrega. Esta situación podría poner en riesgo lo estipulado en el punto 5.7.2 de la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales, donde indica que la dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a usuarias/os y cuidador principal del SCD y familias usuarias del SAF, para uso de la niña/niño, gestante y/o cuidador principal, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19, la cual se realiza de forma mensual.

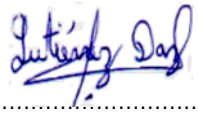
2. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".**
   La Madre de la usuaria indicó que desconoce sobre Cuna Más Digital y que no ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más. Esta situación podría contravenir la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "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.
- A efectos de fortalecer las prácticas de cuidado saludable, realice las indagaciones del punto crítico alertado y de ser necesario, implemente acciones correctivas a fin de completar la entrega del Kit de higiene y protección.
- Con el objeto de promover el conocimiento y la práctica del cuidado infantil, se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021", Punto 6.6.2 donde refieren: "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".

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

- Copia Ficha de Vigilancia N° V-165-2021-HVC-C (01 folio)



.....

**Yudith Isabel Gutiérrez Daza**
Responsable Regional

1. Copia Ficha de Vigilancia N° V-165-2021-HVC-C.

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

| | | |
|---|---|---|
| **Teléfono Regional: 942153032**<br>**Teléfono Nacional: 951864589** | **FICHA DE VIGILANCIA**<br>**HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS** | **CODIGO N° V-165-2021-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 entrevista )** | | | | | |
| **1** | **FECHA de la entrevista:** _10___/_11__/_2021_/ | **2** | **HORA de la entrevista:** | **INICIAL** _____:_____ | **FINAL** _____:_____ |

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

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **3** | **DNI del Cuidador Principal:** | 76038957 | **4** | **NOMBRE y APELLIDOS:** | MARIA PAULA QUINCHO TUNQUER |
| **5** | **DEPARTAMENTO:** | HUANCAVELICA | **6** | **PROVINCIA:** | **HUANCAVELICA** |
| **7** | **DISTRITO:** | **ACORIA** | **8** | **CCPP/Barrio/Dirección:** | **CP CHUPACA** |
| **9** | **PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:** | **a)** Madre ( ) **b)** Padre ( ) **c)** Otros ( ) Precise:_____ | | | |
| **10** | **COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:** | VIRGEN DE NATIVIDAD | | | |
| **11** | **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**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **12** | Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: ____1 | | | | |
| **13** | Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: **Niño 1:** Años: _____Meses: __7___ **Niño 2:** Años: _____Meses:_____ **Niño 3:** Años: _____Meses:____ | | | | |
| **14** | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI | **SI** | **NO** | **NS/NR** | |
| **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** | **NS/NR** | |
| **16** | Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Cre( **Niño 1**: __oct. | | | **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** | |
| **17.1** | 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** | **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 viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo) | **SI** | **NO** | **NS/NR** | |
| **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** | **NS/NR** | |
| **20.1** | Señale su nombre:___ANTONIA TICA | | | | |
| **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** | |
| **21.1** | ¿La semana pasada, cuántos días recibio estos mensajes? : ____ 3 | | **NS/NR** | **NA** | |
| **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** | |
| **22.1** | La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos | **SI** | **NO** | **NS/NR** | |
| **22.2** | Cómo valora usted estas orientaciones: | **Muy Bueno** | **Bueno** | **Malo** | **Muy malo** |
| **23** | Por favor, díga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:<br>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** | |
| **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?:<br>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** | |
| **24.1** | Si la respuesta es Otros, mencione: | | | | |
| **25** | Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada? | **SI** | **NO** | **NS/NR** | |
| **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** | |
| **26.1** | Cómo valora usted estos materiales entregados?: NO LE ENTREGARON EL PAPEL DE TOALLA | **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** | |
| **27.1** | Cómo valora usted estos materiales entregados?: | **Muy Bueno** | **Bueno** | **Malo** | **Muy malo** |
| **27.2** | ¿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** | |
| **30.1** | Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?: | **Muy Bueno** | **Bueno** | **Malo** | **Muy ma** / **NA** |
| **30.2** | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:<br>**DESCONOCE** | | | | |
| **31** | En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?<br>a) Lavado de manos ( ) b) Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento-1.5metros ( ) Ninguna ( ) Otros_____ | | | **NS/NR** | |
| **32** | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis ( ) **b)** Segunda dosis ( ) **c)** Ninguna ( ) | | | **NS/NR** | |
| **32.1** | Si la respuesta es Ninguna, diga por qué<br>DESCONFIA DE LA VACUNA | | | | |
| **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)**<br>NINGUNA | | | | |
| **37** | **RECOMENDACIONES**<br>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:** | TEOFILO CUADROS BEJAR | **Nombres y Apellidos:** | YUDITH ISABEL GUTIERREZ DAZA |
| **DNI:** | 23218871 | **DNI:** | 41587288 |
| **Cargo:** | PRESIDENTE | **Cargo:** | RESPONSABLE REGIONAL |
| **Correo electrónico:** | NO TIENE | **Correo electrónico:** | huancavelica.rrctvcperu@gmail.com |
| | 975301996 | | 942153032 |