Ayacucho, 29 de noviembre de 2021

OFICIO N° 077-2021-CTVC/AYACUCHO

Señor:
Ericzon Almeida Pablo
Jefe (e) de la Unidad Territorial – Ayacucho
Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

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° 205-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 206-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 207-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 208-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 209-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 210-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 211-2021-CTVC/AYA
- CASO N° 212-2021-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

Atentamente,

……

Luis Cancho Cuba
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. U.T. AYACUCHO: **942155687** Telf. SEDE LIMA : **942160416**	**CASO**	**N° 209-2021-CTVC/AYA**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	**1. FECHA DE REGISTRO:**	12/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	JOVANA YANET MEDINA ROJAS	**3. NÚMERO-DNI:**	40072540
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	12/11/2021
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	**8. PROVINCIA:**	LUCANAS
9. DISTRITO:	CHAVIÑA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	BARRIO CARMEN ALTO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?**	74496168-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 Hogar Usuario	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos

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

Con el acompañamiento del señor Luis Cancho Cuba, miembro del equipo técnico del Comité, recogió la Ficha de Vigilancia N° V-423-2021-AYA-C con la cual se realizó la entrevista a la señora Liz Sonia Lucana Huamani, Cuidadora Principal del hogar usuario del Comité de Gestión de ALLIN WIÑANAPAQ, quien refirió lo siguiente:

1. **HOGAR RECIBE INCOMPLETO KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN.** Durante la entrevista telefónica la señora Liz Lucana manifestó que en la última entrega de los bienes de higiene y protección correspondiente al mes de octubre se le entregó los productos Jabón Líquido y Mascarilla, pero no el producto Papel Toalla; lo que incumpliría lo señalado en el numeral *5.7.2. Kit de higiene y protección*, de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM-DE *Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales*, que en su cuadro 4 precisa la frecuencia de entrega como mensual y tiene como objeto la promoción de las prácticas del cuidado saludable y protección contra la COVID. (**Ver Ficha de Vigilancia**).

2. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".** Así mismo, manifestó desconocer el termino o servicio brindado por "Cuna Más Digital", hecho que limitaría el acceso y uso de los beneficios que esta plataforma virtual ofrece, tal es caso de contenido virtuales dirigido a la primera infancia con un lenguaje sencillo que brusca promover el conocimiento y prácticas del cuidado infantil las mismas que son transmitidas en las redes sociales institucionales del programa; esto contravendría a lo dispuesto en el numeral *6.6.2.Comunicación Digital* que en uno de sus puntos señala *"A través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses" de la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021"*, esto considerando que la cuidadora principal indicó tener un equipo celular con capacidad multimedia y acceso a redes sociales lo que implicaría la perdida de oportunidad al acceso a esta información. (**Ver Ficha de Vigilancia**).

Cabe resaltar que la entrevista se realizó mediante llamada telefónica 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”.

- El programa Cuna Más, el Comité de Gestión y los Actores Comunales garanticen el cumplimiento de lo dispuesto en la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2021”.

- Que el programa Cuna Más y el Comité de Gestión garantice con la entrega completa de los materiales de protección para los usuarios del servicio, tal como señala la norma.

- Que el programa Cuna Más, el Comité de Gestión y los Actores Comunales garanticen la promoción de la plataforma virtual “Cuna Más Digital” como un estrategia y oportunidad para los usuarios de acceso a información complementaria del servicio que el programa.

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

Ficha de Vigilancia N° V-423-2021-AYA-C. (02 folios).

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
Equipo Técnico
Unidad Territorial
AYACUCHO

.....
Luis Cancho Cuba
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155687 **Teléfono Nacional: 942155687**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-423-2021-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 continue con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)					
1	**FECHA de la entrevista:**	12/11/2021	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 18:55 **FINAL** 19:22

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

3	**DNI del Cuidador Principal:**	**74496168**	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	**LIZ SONIA LUCANA HUAMANI**
5	**DEPARTAMENTO:**	**AYACUCHO**	**6**	**PROVINCIA:**	**LUCANAS**
7	**DISTRITO:**	**CHAVIÑA**	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	**BARRIO CARMEN ALTO**
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:**	**ALLIN WIÑANAPAQ**			
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: 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**	**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 Cı **Niño 1**: AGOSTO 2021 **Niño 2**: _____ **Niño 3**: _____			**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:____ INES				
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: 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**:** CEPILLAR LOS DIENTES				
24	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**	
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?:	**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? NADA				
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 mal** **NA**
30.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: NO, SOLO LE MANDABAN IMÁGENES WP				
31	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_____ DESINFECCION			**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 RECIEN ME VOY A VACUNAR				
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**	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942155687 **Teléfono Nacional: 942155687**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-423-2021-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**
36	**OBSERVACIONES (o dificultades)**		
NO SE LE ENTREGO PAPEL TOALLA NO LE INDICARON EL PORQUE SOLO LES DIJO QUE ESTO HABIA LLEGADO. CUENTA CON CELULAR PARA MULTIMEDIA			
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 TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN**	
Nombres y Apellidos:	JOVANA YANET MEDINA ROJAS	**Nombres y Apellidos:**	LUIS CANCHO CUBA
DNI:	40072540	**DNI:**	42277270
Cargo:	PRESIDENTE	**Cargo:**	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	ayacucho.rrctvcperu@gmail.com