Lima, 03 de noviembre de 2021

OFICIO Nº 135-2021-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señor
KANEBO VARGAS CAMPOS
Jefe de la Unidad Territorial Lima Metropolitana
Programa Nacional Cuna Más
Presente. -

Asunto : Se ALERTA Nueve (09) 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 los siguientes CASOS[1]:

- CASO N° 204-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 205-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 206-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 207-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 208-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 209-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 210-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 211-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 212-2021-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente

VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Se adjunta (27 folios)

[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

Telf. de Lima Provincias: 984996604 **Telf. Nacional: 942160416**	**CASO**	**N° 211-2021-CTVC/LIP**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	**1. FECHA DE REGISTRO:**	21/10/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SAMANTA GAMONAL REQUEZ	**3. NÚMERO-DNI:**	41391967
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS	**5. CARGO:**	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	21/10/2021

7. DEPARTAMENTO:	LIMA	**8. PROVINCIA:**	CAÑETE
9. DISTRITO:	IMPERIAL	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	CP CARMEN ALTO 52 LT 7
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	41461813-MADRE CUIDADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS**	1

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

Se realizó la entrevista telefónica con Madre Cuidadora del CG Mujeres en Acción, aplicándose la Ficha de Vigilancia N° V262-2021-LIP-C, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO PAGA PUNTUALMENTE EL INCENTIVO MONETARIO AL ACTOR COMUNAL**
   Madre cuidadora manifiesta que el programa pagó el incentivo monetario correspondiente, al mes de setiembre, este pago se realizó finalizando la primera semana de octubre, por lo que considera que no es una fecha oportuna y esto afecta la economía de los actores comunales, ya que para muchas madres cuidadoras este es el único ingreso económico del hogar.

   Según el numeral 5.2 de la RDE N° 035-2021-MIDIS/PNCM "**De la Directiva de Recursos financiero del estado que reciben los Comités de Gestión reconocidos por el PNCM en el Marco del DS N° 015-2020-MIDIS"**, se clasifican en: **5.2.1 Transferencias para el gasto del Comité de Gestión e Incentivo monetario a actores comunales**, señala*: Son transferencias que se realizan a los Comités de Gestión y actores comunales que participan en la inclusión financiera de manera mensual o bimestral*. En el numeral **5.24 Estructura de transferencia:** b) En el Servicio de Cuidado Diurno: considera los siguientes rubros: "*Incentivo monetario para actores comunales: (…) La entrega de incentivo monetario se realizará teniendo en cuenta los días de apoyo voluntario realizado (…) previo informe de la coordinadora del Servicio de Cuidado Diurno de la Unidad Territorial"*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos no presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios, y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Realizar el pago de los incentivos monetarios de manera oportuna, a fin de cautelar la no afectación de las economías de los actores comunales.

Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1. Ficha de Vigilancia V-262-2021-LIP-C, (1 folio).

VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 984996604 **Teléfono Nacional: 984056206**	**FICHA DE VIGILANCIA** **ACTOR COMUNAL-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° _____V-262-2021-LIP-C_____**

SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

1	**FECHA de la entrevista:**	21/10 /2021 /	2	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** 16:13 **FINAL** 16:41
DATOS GENERALES DEL ACTOR COMUNAL a quien se le entrevista.					
3	**DNI del Actor Comunal:**	41461813	4	**NOMBRE y APELLIDOS:**	PAIVA PANIURA MILAGROS
5	**DEPARTAMENTO:**	LIMA	6	**PROVINCIA:**	CAÑETE
7	**DISTRITO:**	NUEVO IMPERIAL	8	**CCPP/Barrio/Dirección:**	CP CARMEN ALTO 52 LT 7
9	**EDAD del Actor Comunal:**	39	10	**TIEMPO que ejerce el cargo:**	DESDE EL 18/11/2019
11	**CARGO del Actor Comunal:**	**a)** Madre guía ( ) **b)** Madre cuidadora (X) **c)** Guía de familia ( )			
12	**LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:**	CARMEN ALTO			
13	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	MUJERES EN ACCION			
14	**IDIOMA que usa más (idioma predominante):**	**a)** Español ( ) **b)** Quechua ( ) **c)** Aymara ( ) **d)** Ashaninka ( ) **e)** Awajún ( ) **f)** Otros:___			

PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y LA PERCEPCIÓN DE LOS ACTORES COMUNALES CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS

15	¿Tiene 10 familias a su cargo?	**SI**	**NO** (X)		**NS/NR**
16	Si la respuesta es no, señale cuántas familias tiene a su cargo: 06 FAMILIAS/ 06 NIÑOS				
17	¿La semana pasada envió orientaciones (mensaje de texto u otro medio) para el cuidado de su hijo/a a TODAS sus familias a cargo?	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
17.1	Si la respuesta es NO, diga por qué:				
18	¿La semana pasada se comunicó al menos una vez telefónicamente con TODAS sus familias a cargo?	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
18.1	Si la respuesta es NO, diga por qué:				
19	Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más:				
	a) Lactancia materna (X) b) Suplementación con hierro (X) c) Lavado de manos d) Uso y consumo de agua segura e) Asistencia oportuna a Controles CRED/vacunas (X) f) Otros				**NS/NR**
19.1	Si la respuesta es Otros, mencione: USUARIA BRIANA Y THIAGO TIENEN ANEMIA ESTAN EN TRATAMIENTO DE HIERRO				
20	En el mes pasado ¿Recibió su incentivo monetario oportunamente? LES DEPOSITAN INICIANDO LA SEGUNDA SEMANA DEL MES, SUGIERE QUE SE LES DEPOSITITE LOS PRIEROS DIAS O FINALIZANDO EL MES	**SI**	**NO** (X)		**NS/NR**
21	Para el presente mes ¿Recibió recargas telefónicas para realizar sus actividades con las familias?	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
22	El mes anterior ¿Recibió orientaciones de su acompañante técnico?	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
23	Cómo valora las orientaciones del acompañante técnico	**Muy Buen**	**Bueno** (X)	**Malo**	**Muy malo**
24	¿Sobre qué temas le gustaría capacitarse, para fortalecer su trabajo como madre cuidadora/guía de familia?				**NS/NR**
	Violencia familiar				
25	Le capacitaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
26	En los últimos dos meses el programa le ha entregado materiales de protección COVID 19 (mascarilla KN95, guantes, toca o redecilla, cubre zapatos)	**SI** (X)	**NO**		**NS/NR**
26.1	Si la respuesta es no, señale los motivos: no ha salido a repartir alimentos, por ser poblacion en riesgo				
28	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__				**NS/NR**
29	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? **a)** Primera dosis ( ) **b)** Segunda dosis ( ) **c)** Ninguna (X)				**NS/NR**
29.1	Si la respuesta es ninguna, Diga por qué le dijeron que partir de las 22 semanas , ahora tiene 21 semanas				

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:	SAMANTA GAMONAL REQUEZ	**Nombres y Apellidos:**	SAMANTA GAMONAL REQUEZ
DNI:	41391967	**DNI:**	41391967
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	**Cargo:**	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:	Limaprovincias1rctvcperu@gmail.com	**Correo electrónico:**	Limaprovincias1rctvcperu@gmail.com