

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Lima, 17 de noviembre de 2021

OFICIO N° 147-2021-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señor

JULIO CESAR VARGAS NAJAR

Jefe de la Unidad Territorial Lima Provincias

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Tres (03) 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 CASOS¹:

- CASO N° 218-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 219-2021-CTVC/LIP
- CASO N° 220-2021-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 (14 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° 219-2021-CTVC/LIP

PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:		09/11/2021
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		GONZALES PACHECO VLADIMIR ILLANOVICH	3. NÚMERO-DNI:		41985577
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS	5. CARGO:		RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
7. DEPARTAMENTO:		LIMA	8. PROVINCIA:		HUAURA
9. DISTRITO:		HUAURA	10. CCPP/DIRECCIÓN:		LOS PINOS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?		45340673 - CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS		1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS		2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Se realizó la entrevista telefónica a cuidadora principal de usuaria del PNCM del Comité de Gestión “15 de Junio” donde se aplicó la Ficha de Vigilancia N° V-372-2021-LIP-C, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. NIÑOS/AS USUARIOS/AS DEL SERVICIO NO CUENTAN CON DNI

Al realizar la entrevista a cuidadora principal, manifiesta que hasta la fecha su menor hijo, usuario del Programa no cuenta con DNI, usuario afiliado desde aproximadamente 1 año en el Programa, menciona que realizó el trámite correspondiente de obtención de DNI ante la negativa de prestación de servicios en salud al no contar con DNI, esta situación estaría contraviniendo a lo establecido en el numeral 5.1.5 Acciones posteriores y complementarias a la afiliación del niño o niña, literal d) “*En el caso de las usuarias/os que, al momento de la incorporación al servicio, no cuentan con DNI o documento que acredite que se encuentra en trámite, los Coordinadores de Servicios del SCD serán los encargados de realizar las gestiones con las entidades responsables para la obtención del documento de identidad, y los Especialistas Integrales o los que hagan sus veces serán los encargados del seguimiento mensual de las acciones a nivel local por parte de los AT para la obtención de dicho documento*”. De la **RDE N° 785-2021-MIDIS/PNCM-DE Entrada, permanencia y egreso de usuarias y usuarios a los servicios del PNCM**

2. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO

Siendo la fecha de entrevista el día 09 de noviembre del presente año, a través del diálogo telefónico la madre de usuaria manifestó que no recibió el KIT DIT correspondiente para su menor hija, menciona que su hija está en el programa desde el mes de marzo del presente año y hasta la fecha no recibió materiales educativos, esta situación estaría contraviniendo lo establecido en numeral 5.8.1 Adquisición de los Kits DIT “*Para la programación de la adquisición del kit DIT, se tiene previsto la proyección de edades al mes en el que se realizará la distribución, a fin de no generar brechas en la entrega del Kit DIT (...) deberá garantizar que la entrega del kit DIT se realice dentro del plazo de ejecución establecido*”, asimismo en el numeral 5.10 distribución de los kit DIT “*...La frecuencia de entrega del Kit DIT, es por única vez a niñas y niños usuarios continuadores de los servicios del Programa*” de la **RDE-766-2021-MIDIS/PNCM-DE**.

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:

- Verificar situaciones similares que demanden la gestión, articulación con entidades que son responsables para la obtención del DNI.
- Regularizar entrega de KIT DIT a través de imágenes que efectivice dichas entregas.

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: 05)

1. Ficha de Vigilancia V-372-2021-LIP-C (2 folios).
2. Anexo fotográfico 1, 2



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 HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-372-2021-LIP-C			
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS										
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							☒	NO		
(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta)										
1	FECHA de la entrevista:		09/11/2021		2	HORA de la entrevista:		INICIAL 11:31	FINAL 11:58	
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.										
3	DNI del Cuidador Principal:		45340673		4	NOMBRE y APELLIDOS:		SUZETTE BEATRIZ CERVANTES CELIS		
5	DEPARTAMENTO:		LIMA		6	PROVINCIA:		HUAURA		
7	DISTRITO:		HUAURA		8	CCPP/Barrio/Dirección:		LOS PINOS		
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:		a) Madre (☒) b) Padre () c) Otros () Precise: _____							
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:		SEMILLITAS							
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:		15 DE JUNIO							
12	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										
13	Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01 NIÑO									
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 01 Meses: 06 Niño 2: Años: _____ Meses: _____ Niño 3: Años: _____ Meses: _____									
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI							SI	☒	NS/NR
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: esta realizando el trámite, menciona que el día 02 de diciembre 2021 le entregaran el DNI de su hijo									
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)							☒	NO	NS/NR
17	¿Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo? Niño 1: setiembre 2021 Niño 2: _____ Niño 3: _____							☒	NO	NS/NR
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)							☒	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 han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año							☒	NO	NS/NR
19.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:									
20	A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo) resultado de							SI	☒	NS/NR
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: refiere que su hijo tiene Hb 12.0 g/dl, y se agotó su jarabe, acudirá a su próxima cita									
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?							☒	NO	NS/NR
21.1	Señale su nombre: DELIA ATOCHE									
22	La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?							☒	NO	NS/NR
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes? : 3 días							NS/NR		NA
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?							☒	NO	NS/NR
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos							☒	NO	NS/NR
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:							Muy Bueno	Bueno	Malo
24	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:									
	a) Lactancia materna b) Le doy hierro ☒ Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas ☒ Otros							NS/NR		
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione: juego con mi hija, leo los cuentos									
25	Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:									
	☒ Antes de preparar los alimentos ☒ Antes de comer ☒ Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros							NS/NR		
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:									

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
Teléfono Regional: 984996604		FICHA DE VIGILANCIA HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS				CODIGO N° V-372-2021-LIP-C			
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS									
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES									
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?					☒	NO	NS/NR	
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?					☒	NO	NS/NR	
27.1	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:					NS/NR		NA	
	Alimento 1 <u>LECHE</u> Alimento 2 <u>ARROZ</u> 3 <u>MENESTRAS</u> Alimento 4 <u>AVENA</u> 5 <u>SANGRECITA</u>								
	Alimento 6 <u>ACEITE</u> Alimento 7 <u>ATUN</u> Alimento 8 Alimento 9 Alimento 10								
27.2	Cómo valora usted estos alimentos entregados:					Muy ☒ Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27.3	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?:								
	<u>ESTA BIEN</u>								
28	El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), ¿mascarilla KN95 (4 und)?					☒	NO	NS/NR	
28.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:					Muy Bueno	Bueno ☒	Malo	Muy malo
29	A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?					SI	☒	NS/NR	
29.1	¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:					Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?								
30	Cómo valora usted el trato de la madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:					Muy Bueno	Bueno ☒	Malo	Muy malo
31	¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?					SI	☒	NS/NR	
32	¿Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?					☒	NO	NS/NR	
32.1	Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:					Muy Bueno	Bueno ☒	Malo	Muy malo
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:								
	<u>NINGUNO</u>								
33	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?								
	a) Lavado de manos ☒ b) Uso de mascarilla ☒ c) Distanciamiento-1.5 metros () Ninguna () Otros					NS/NR			
34	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? a) Primera dosis () b) Segunda dosis ☒ c) Ninguna ()					NS/NR			
34.1	Si la respuesta es Ninguna, diga por qué								
35	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?					SI	☒	NS/NR	
36	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?					SI	☒	NS/NR	
37	¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?					SI	☒	NS/NR	
38	OBSERVACIONES (o dificultades) Usuaría refiere que para ingresar al programa, solo entrego la partida de nacimiento de su hijo, y su DNI. Esta en el programa aprox. 1 año.								
39	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:		VLADIMIR ILLANOVICH GONZALES PACHECO			Nombres y Apellidos:		VLADIMIR ILLANOVICH GONZALES PACHECO		
DNI:		41985577			DNI:		41985577		
Cargo:		RESPONSABLE REGIONAL LIMA PROVINCIAS - CTVC			Cargo:		RESPONSABLE REGIONAL LIMA PROVINCIAS - CTVC		
Correo electrónico:		LIMAPROVINCIAS.RRCTVPERU@GMAIL.COM			Correo electrónico:		LIMAPROVINCIAS.RRCTVPERU@GMAIL.COM		

ANEXO FOTOGRAFICO

Anexo 01 CAPTURA PANTALLA DE LLAMADA A CUIDADOR PRINCIPAL



Anexo 02 CAPTURA PANTALLA DE TRAMITE DE DNI DE USUARIO

