Lambayeque, 10 de noviembre de 2021

OFICIO Nº049-2021-CTVC/LAMBAYEQUE

Señor (a)
CONSUELO ANDREA ALVAREZ CHAVEZ
Jefe Unidad Territorial Lambayeque
Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA catorce (14) 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° 210-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 211-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 212-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 213-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 214-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 215-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 216-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 217-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 218-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 219-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 220-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 221-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 222-2021-CTVC/LAM**
- **CASO N° 223-2021-CTVC/LAM**

[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

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente

……

Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Lambayeque 942157996 Teléfono Nacional: 951864589	CASO	N°220-2021-CTVC/LAM

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**18/10/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
	VICTORIA CHUQUILIN CUEVA	**3. NÚMERO-DNI:**	16526160
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA JOSE L. ORTIZ	**5. CARGO:**	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**18/10/2021**
7. DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	**8. PROVINCIA:**	CHICLAYO
9. DISTRITO:	JOSE L. ORTIZ	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	AV. PANAMA 685
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	77543153-MADRE USUARIA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	1 punto crítico

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

El 18/10/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante enlace llamada telefónica con la Sra. Victoria Chuquilin Cueva, secretario del Comité Local de JLO, se entrevistó a la Sra. Ericka Anai Páucar Olivera, cuidadora principal y madre del niño (a) usuario, atendido por el Comité de Gestión "Sagrado Corazón de Jesús", distrito de JLO; se registró el siguiente punto crítico:

1. **HOGAR DESCONOCE PRINCIPALES PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE PROMOVIDAS POR EL PROGRAMA:** Durante la entrevista se le preguntó a la Sra. Ericka: ¿Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a: la cual respondió solo una alternativa, demostrando que aparentemente la interacción de mensajes con la madre cuidadora acerca del cuidado del niño usuario, estaría incumpliendo con el objetivo principal de los servicios del Programa, el cual es mejorar la calidad del cuidado, la interacción, comunicación y juego, de los cuidadores principales (madre/padre/ u otro adulto), con la finalidad de contribuir con el desarrollo cognitivo, motor, comunicativo y socioemocional de niñas y niños usuarios del Servicio de Acompañamiento a Familias y del Servicio de Cuidado Diurno.
   Esta situación difiere de lo establecido en la RDE-766-2021- MIDIS/PNCM-DE, en su numeral *5.3.1. Contenidos del Acompañamiento Familiar No Presencial: "Prácticas de Cuidado Saludable y Aprendizaje para favorecer el DIT: los contenidos se han priorizado y organizado de acuerdo con el mes de gestación y los rangos de edad de la niña o niño alineados a los 7 resultados en el marco de la política del DIT: Nacimiento Saludable, Apego Seguro, Adecuado Estado Nutricional, Marcha Estable, Comunicación Verbal Efectiva, Regulación de emociones y comportamiento, Función Simbólica, así como, mensajes en el marco del Egreso e inicio del ciclo II16 . • COVID-19: Comprende los mensajes orientados a las medidas preventivas y de respuesta ante el COVID-19 y ante riesgos de desastres. • Salud Mental: Comprende los mensajes con orientaciones sobre el cuidado y autocuidado de la salud mental, así como de la prevención de la violencia en la familia.*

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(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

1. Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución del hecho alertado en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (03)

1.- Anexo 001: V-174-2021-LAM-C (01 folio)

.....

Alfonso Sánchez Cajo
Responsable Regional CTVC

ANEXO: FICHA DE VIGILANCIA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 942313986
Teléfono Nacional: 8118040505

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SOD-CUNA MAS

CODIGO N° V-174-2021-LAM-C

SEDE REGIONAL LAMBAYEQUE
PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS CON CONTENIDO NO PRESENCIAL

1	FECHA de la entrevista:	18/10/2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 10:10 FINAL 10:20

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

3	DNI del Cuidador Principal:	75942703	4	NOMBRE y APELLIDOS:	PALICAR OLSEN RA GARCIA IRAN
5	DEPARTAMENTO:	LAMBAYEQUE	6	PROVINCIA:	CHICLAYO
7	DISTRITO:	JOSE LEONARDO ORTIZ	8	CORREO/Dirección:	AV. PANAMA 581
9	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	a) Madre (X) b) Padre ( ) c) Otro ( ) Pareja:			
10	LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:	POSTA PAUL HARRIS			
11	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Alembre:	SAGRADO CORAZON DE JESUS			
12	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	a) Español (X) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Asháninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otro:			

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: 1			
14	Cuál/les año/s tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 3 Mes 10 Niño 2: Años: ___ Meses: ___ Niño 3: Años: ___ Meses: ___			
15	En su hogar, TODOS los niños/as menores de 3 años, cuentan con DNI	SI	NO	NS/NR
16	En su hogar, TODOS los niños/as menores de 3 años, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CIAS)	SI	NO	NS/NR
17	Cuando fue el último mes que llevó a su niño/a a su Centro de Crecimiento y Desarrollo: Niño 1: AGOSTO Niño 2: Niño 3:			
18	En su hogar, TODOS los niños/as menores de 3 años están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)	SI	NO	NS/NR
19	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
20	A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	SI	NO	NS/NR
21	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
22	A TODOS sus hijos/as usuarios/as del Programa les dieron suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)	SI	NO	NS/NR
23	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:			
24	¿Usted conoce al nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	SI	NO	NS/NR
25	Señale su nombre: MARIA COLLANTES			
26	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por **mensaje de texto** o otro medio de parte del actor comunal?	SI	NO	NS/NR
27	Cuántas días recibió estos mensajes la semana pasada: TRES VECES POR SEMANA			
28	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante **llamada telefónica** de parte del actor comunal?	SI	NO	NS/NR
29	La llamada telefónica duró entre 11 a 20 minutos	SI	NO	NS/NR
30	Cómo valora usted estas orientaciones:	Muy fuerte / Fuerte / Débil / Muy débil		
31	Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:			
	a) Lactancia materna b) Lavado de manos c) Lavado de manos d) Lavado de ropa e) Lavado de ropa f) Otros			NS/NR
	31.1 Si la respuesta es Otros, mencione:			
32	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 al pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros			NS/NR
	32.1 Si la respuesta es Otros, mencione: **DESPUES DE JUGAR**			
33	Por favor, diga usted de a su niño/a agua hervida o clorada?	SI	NO	NS/NR
34	En mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?	SI	NO	NA
35	Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:			
	Alimento 1: ARROZ Alimento 2: ATUN Alimento 3: ACEITE Alimento 4: LECHE Alimento5:	NS/NR		NA
36	Cómo valora usted estos alimentos entregados:	Muy fuerte / Fuerte / Débil / Muy débil		
37	¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren? TODO ESTA CONFORME			
38	En mes pasado usted, ¿recibió materiales de higiene y protección, como jabón líquido, papel higiénico, mascarilla KN95?	SI	NO	NS/NR
39	Cómo valora usted estos materiales entregados?:	Muy fuerte / Fuerte / Débil / Muy débil		
40	A la fecha, ¿usted recibió del programa materiales educativos (5 cuentos y cartillas (5 cuentos)?	SI	NO	NS/NR
41	Cómo valora usted estos materiales entregados?	Muy fuerte / Fuerte / Débil / Muy débil		
42	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?			
43	¿El actor comunal le brinda a su hijo/a más cuidado que con anterior?	SI	NO	NS/NR
44	Cómo valora usted el trabajo del Actor Comunal durante las consejerías?:	Muy fuerte / Fuerte / Débil / Muy débil		
45	Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR
46	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecido por Cuna Más?	SI	NO	NS/NR NA
47	En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado saludable para evitar contagio por COVID-19?			
	a) Lavado de manos ( ) b) Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento / Sinaltrec ( ) Ninguna ( ) Otros: DESINFECCION CON ALCOHOL			NS/NR
48	¿Usted quiere clase de la VACUNA contra el COVID-19 recibir? a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( ) c) Ninguna ( )			NS/NR
	48.1 Diga por qué			
49	¿El Actor Comunal le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	SI	NO	NS/NR
50	¿El Actor Comunal le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	SI	NO	NS/NR
51	¿El Actor Comunal le pidió que venda alguna revista o afiche de algún candidato?	SI	NO	NS/NR
52	OBSERVACIONES (si ofrecieran):			
53	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:	VICTORIA CHAUCA MARCOS	Nombres y Apellidos:	[illegible]
DNI:	[illegible]	DNI:	[illegible]
Cargo:	VOCAL	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:		Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	[illegible]	Teléfono:	[illegible]