Huancayo, 05 de noviembre de 2021

OFICIO Nº 131-2021-CTVC/JUNIN

Señor(a)
Lic. Richard Nelson Ccencho Cencia.
Jefe de la Unidad Territorial
Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA cuatro **(04) CASO(S)**

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° 329-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 330-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 332-2021-CTVC/JUN.
- CASO N° 333-2021-CTVC/JUN.

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,

……
Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

Comité de Transparencia Y Vigilancia Ciudadana
Equipo Tecnico
Unidad Territorial
Junin

[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

Teléfono de Junín: (#)942161273 Teléfono Nacional: (#)942160416	**CASO**	**N° 333–2021-CTVC/JUN**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**16/10/2021**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**ANA MARIA BUENO PRIVAT**	**3. NÚMERO-DNI:**	20402698
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-CONCPECION	**5. CARGO:**	PRESIDENTA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**16/10/2021**
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	**8. PROVINCIA:**	CONCEPCION
9. DISTRITO:	CONCEPCION	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	PASAJE SANTA ROSA S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	46724114-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01 Punto Crítico

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

El 16/10/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica se entrevistó a la Sra. Roció Del Pilar Castillo Capcha, madre del usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión "Inmaculada Concepción" del distrito de Concepción; se registró el siguiente punto crítico.

1. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".** Durante la veeduría se preguntó a la Sra. Roció Del Pilar Castillo Capcha, si conocía los servicios que brinda "Cuna Mas Digital", y respondió que No, que hasta el momento no le hablaron de ello, así mismo indico que no le enviaron ningún video sobre cuentos, alimentación y consejos de crianza, por lo que le gustaría que se implemente este servicio de Cuna Mas Digital.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

a) Se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021", Punto 6.6.2 donde dice: "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".
b) Sugiriéndose al programa mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital. Así mismo, señalar que conforme a lo señalado en la RDE 766-2021- MIDIS/PNCM-Directiva de Prestación de los Servicios del Programa en contextos no Presenciales, sobre las acciones del acompañamiento no presencial: 5.3.2. Actividades del Acompañamiento no Presencial, literal a, se señala que las acciones de información y orientación se realizan con la utilización de medios digitales, para lo cual el uso de la plataforma contribuiría de manera importante.
c) Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

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

1. Copia de la Ficha de Vigilancia N° 380-2021-JUN-C (2 folios).

……
Jessica Rojas Domínguez
Responsable Regional

Comité de Transparencia Y Vigilancia Ciudadana
Equipo Tecnico
Unidad Territorial
Junin

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional:945075677 **Teléfono Nacional:**	**FICHA DE VIGILANCIA** **HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS**	**CODIGO N° V-380-2021-JUN-C**

SEDE REGIONAL JUNIN

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 encuesta)				

1	**FECHA de la entrevista:**	16/10/2021	**2**	**HORA de la entrevista:**	**INICIAL** _5:00 **FINAL** _5:20

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

3	**DNI del Cuidador Principal:**	46724114	**4**	**NOMBRE y APELLIDOS:**	ROCIO DEL PILAR CASTILLO CAPCHA
5	**DEPARTAMENTO:**	JUNIN	**6**	**PROVINCIA:**	**CONCEPCION**
7	**DISTRITO:**	**CONCEPCION**	**8**	**CCPP/Barrio/Dirección:**	**PASAJE SANTA ROSA S/N**
9	**PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:**	**a)** Madre (X) **b)** Padre ( ) **c)** Otros ( ) Precise:_____			
10	**LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:**	LOCAL COMUNAL DEL BARRIO CHAUCA			
11	**COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:**	**INMACULADA CONCEPCION**			
12	**IDIOMA que usa más (idioma predominante):**	**a)** Español (X) **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: _____ 1				
14	Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: 10 MESES				
15	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
15.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
16	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
17	Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y D **Niño 1**: 30/10 **2**: _____ **Niño 3**: _____			**NS/NR**	
18	En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)	**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 han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año	**SI**	**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)	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
20.1	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:				
20.1					
21	¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
21.1	Señale su nombre:____ KATTIA PERES RIOS				
22	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**	
22.1	¿La semana pasada, cuántos días recibio estos mensajes? : _____ 5		**NS/NR**	**NA**	
23	La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante **llamada telefónica** de parte del actor comunal?	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
23.1	La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos	**SI**	**NO**	**NS/NR**	
23.2	Cómo valora usted estas orientaciones:	**Muy Bueno**	**Bueno**	**Malo**	**Muy malo**
24	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**	
24.1	Si la respuesta es Otros, mencione**:**				

25	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
25.1	Si la respuesta es Otros, mencione:					
26	Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?		SI	NO		NS/NR
27	El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?		SI	NO		NS/NR
27.1	Por favor, díga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:					
			NS/NR			NA
	Alimento 2arvejita 18leche 3aceite 3conserva 3sangresita					
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?:					
	mejoren la calidad de las conservas					
28	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
28.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?: 2 PAPEL TOALLAS 4 MASCARILLAS 1 JABON LIQUIDO		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	NO		NS/NR
29.1	Cómo valora usted estos materiales entregados?: cuentos, 1 muñeca de cuidadro 1 RONPECABEZA.		Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
29.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?					
	todo esta muy					
30	Cómo valora usted el trato del madre cuidora/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	NO		NS/NR
32	Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?		SI	NO		NS/NR
32.1	Si la respuesta es Sí ¿Cómo valora usted los materiales observados?:	Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo	NA
32.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: No envian videos					
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-1.5metros ( ) 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 cuidora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?		SI	NO		NS/NR
36	¿ La madre cuidora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?		SI	NO		NS/NR
37	¿La madre cuidora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?		SI	NO		NS/NR
38	**OBSERVACIONES (o dificultades)**					
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 TÉNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	ANA MARIA BUENO PRIVAT	**Nombres y Apellidos:**	GILMAR MEDRANO ECHEVARRIA
DNI:	20402698	**DNI:**	47147547
Cargo:	PRESIDENTA	**Cargo:**	RC-CTVC
Correo electrónico:	971400294	**Correo electrónico:**	