

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNIN**

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

Huancayo, 10 de noviembre de 2021

OFICIO N° 142-2021-CTVC/JUNIN

Señor(a)

Lic. Richard Nelson Ccencho Cencia.

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto : Se ALERTA siete **(07) 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.

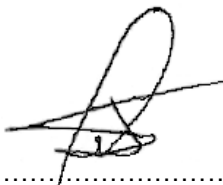
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| • CASO N° 357-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 361-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 358-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 362-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 359-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 363-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 360-2021-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



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°358-2021-CTVC/JUN	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO: 27/10/2021	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		GILMAR ALBERTO MEDRANO ECHEVARRIA		3. NÚMERO-DNI: 47147547	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA.		5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 27/10/2021	
7. DEPARTAMENTO:		JUNÍN		8. PROVINCIA: TARMA	
9. DISTRITO:		TAPO		10. CCPP/DIRECCIÓN: PACHAC	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 46216260 -CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 27/10/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica se entrevistó a la Sra. Doris Yessisa Taipe Cortes, madre del usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión "Semillitas del mañana del distrito de Tapo; 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. Doris Yessisa Taipe Cortes, 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"** en el punto 6.6.2 donde indica que 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) 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° 411-2021-JUN-C (2 folios).


 Jessica Rojas Domínguez
 Responsable Regional



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono Regional: 945075677

Teléfono Nacional:

FICHA DE VIGILANCIA
HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS

CODIGO N° V-411-2021-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 continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)

1	FECHA de la entrevista:	27/10/2021	2	HORA de la entrevista:	INICIAL 9:00 FINAL 9:10
I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.					
3	DNI del Cuidador Principal:	46216260	4	NOMBRE y APELLIDOS:	DORIS YESSISA TAPE CORTES
5	DEPARTAMENTO:	JUNIN	6	PROVINCIA:	TARMA
7	DISTRITO:	TAPO	8	CCPP/Barrio/Dirección:	PACHAC
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:	SEMILLITAS DEL MAÑANA			
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: 1 Y 7 MESES Meses: 07 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 Crecir Niño 1:	HACE 15 DIAS			
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: YULIVET RODRIGUEZ HURTADO				
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 recibió estos mensajes?	LUNES, MARTES Y MIERCOLES 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, diga 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:				
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?: SONAJAS Y POLAR CHOMPAS			Muy Bueno	Bueno	Malo	Muy malo
27.2	¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?						
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 ma
30.2	Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:						
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						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						
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	
36	OBSERVACIONES (o dificultades)						
37	RECOMENDACIONES						
DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO				DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL			
DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA				DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN				QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN			
Nombres y Apellidos:		GILMAR ALBERTO MEDRANO ECHEVARRIA		Nombres y Apellidos:		GILMAR ALBERTO MEDRANO ECHEVARRIA	
DNI:		47147547		DNI:		47147547	
Cargo:		RC-CTVC		Cargo:		RC-CTVC	
Correo electrónico:				Correo electrónico:			
945075677				945075677			