

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

“ ”

Yurimaguas, 05 de enero de 2023

**OFICIO N°0005-2023-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS**

Señor (a)

**MARCELO RUIZ VELA**

Jefe de la Unidad Territorial – Loreto

Programa Nacional Cuna Más

**Presente.** -



Asunto : Se ALERTAN 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 le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- CASO N° 0001-2023-CTVC/YUR
- CASO N° 0002-2023-CTVC/YUR
- CASO N° 0003-2023-CTVC/YUR

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



  
MILLER GONZALES SALDAÑA  
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

<sup>1</sup> 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

Calle COMERCIO 738, Barrio. La Loma – Yurimaguas

Celular: 942161470

Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [loreto.2rrctvcperu@gmail.com](mailto:loreto.2rrctvcperu@gmail.com)

Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. YURIMAGUAS: 942161470  
Telf. LIMA: 951864589

# CASO

N°0003-2023-CTVC/YUR

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	03/01/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GONZALES SALDAÑA MILLER	3. NÚMERO-DNI:	41005700
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	05/12/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
9. DISTRITO:	YURIMAGUAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MUNICHIS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	46059625-FACILITADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	10	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	04
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>			

Durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del PNCM, realizó la entrevista a la Sra. Susana Flores Baneo, facilitadora del comité de gestión Wawarusa Ashinahuara del distrito de Yurimaguas, mediante ficha de vigilancia V-050-2022-YU-C, donde se ha identificado los siguientes puntos críticos que a continuación se detalla:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES EDUCATIVOS/KIT DE FACILITADOR A ACTOR COMUNAL PARA EL DESARROLLO DE VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIAS USUARIAS.**

Durante la entrevista a la facilitadora, indico que el Programa Cuna Mas NO le entrego ningún material educativo para realizar sus actividades con sus familias a cargo en el presente año. Esta situación estaría contraviniendo lo establecido en la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM**, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 4.2.3. Material/recursos a ser utilizados, ítem b. Material Educativo para realizar las Visitas Domiciliarias. Kit del facilitador: Para realizar las Visitas domiciliarias a Familias el/la facilitador/a cuenta con el kit de Juguetes, kit de material fungible, el kit de material impreso e indumentaria, los mismos que son proporcionados por el PNCM. Debido a la intensidad de su uso, la reposición del kit de juguetes y kit de material fungible se realiza de manera anual; el kit de material impreso se podrá dotar anualmente o dependiendo de su tiempo de duración.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN A ACTOR COMUNAL PARA EL DESARROLLO DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN CON FAMILIAS USUARIAS DEL PROGRAMA.**

Durante la entrevista a la facilitadora, manifestó que durante el presente año el Programa Cuna Mas NO le entrego ningún material educativo para realizar sus actividades de socialización con las familias a cargo. Esta situación estaría contraviniendo lo establecido en la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM**, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 4.2.3. Material/recursos a ser utilizados, ítem c. Materiales a usar en sesiones de Socialización: El/la facilitador/a cuenta con un kit proporcionado por el Programa para el desarrollo de las sesiones de socialización, el mismo que se puede complementar con juguetes, materiales propios del hogar u otros, teniendo en cuenta que los juguetes y materiales son un medio para fortalecer las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje del cuidador principal y la generación de oportunidades de aprendizaje de las niñas y los niños.
- 3. PROGRAMA NO PAGA PUNTUALMENTE EL INCENTIVO MONETARIO A ACTOR COMUNAL.**

Durante la entrevista a la facilitadora Sra. Susana Flores Baneo, manifestó que el Programa NO les estaba pagando Puntualmente sus Incentivos, desde el mes de setiembre se está pagando después de la quincena del mes. Esta situación estaría contraviniendo lo establecido en la **RDE N° 344-2022-MIDIS/PNCM**. VI. DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS. Sexta. - A fin de promover la inclusión financiera, las transferencias de recursos del PNCM a los Comités de Gestión, serán efectuadas exclusivamente a través de cuentas bancarias... Las entregas de incentivos monetarios a los actores comunales serán realizadas a cada una de las cuentas bancarias que se apertura para el efecto a cada actor comunal. Esta medida deberá ser implementada progresivamente, cautelando la no afectación de las economías de los actores comunales...

**4. ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**

Durante la entrevista la señora Susana Flores Baneo, Facilitadora del programa Cuna Mas manifestó no conocer la existencia de la plataforma "Cuna Mas digital" y tampoco recibió información acerca del dicho recurso. Esta situación estaría contraviniendo **RDE No 334-2022-MIDIS/PNCM** "Plan de Comunicaciones 2022" en el numeral 2.7. Herramientas y Espacios de Comunicación, se difunde para el ítem Publico Primario. Comunidad organizada que participa en la gestión de los servicios Comunicación. "...Material audiovisual, radial y gráfico sobre prácticas de cuidado infantil (Cuna Más Digital, Cuna Más Radial y Gráficas Cuna Más)".

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

En el Marco de los lineamientos del **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM** Directiva denominada "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1, del Programa Nacional Cuna Más y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en este sentido se recomienda:

- Garantizar el servicio del programa Cuna Más y dar cumplimiento a la R.D.E N° 00026-2022-MIDIS/PNCM-DE Directiva denominada "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1.
- Garantizar el Servicio del programa Cuna Más y dar cumplimiento a la R.D.E N° 000334-2022-MIDIS/PNCM-DE Resolución Directoral que aprueba el "Plan de Comunicaciones 2022" del Programa Nacional Cuna Más".
- El programa deberá garantizar la entrega de los materiales educativos y de socialización a los actores comunales, para brindar un servicio de calidad.
- El pago de los estipendios a los actores comunales deberán ser oportunos, con la finalidad de no afectar su economía familiar.
- Se solicita al programa CUNA MAS pueda informar sobre lo acontecido en el plazo establecido, además de la implementación de las medidas preventivas, pertinentes, dirigidas a mitigar, superar o dar solución a los riesgos comentados en la presente alerta.

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

1. Ficha de Vigilancia N° V-050-2022-YUR-C. (03 folio).



  
**MILLER GONZALES SALDAÑA**  
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

## VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	951864589	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-050-2022-YUR-C	
Teléfono Nacional:	942161470	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL			
<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		<input type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA			
<input type="checkbox"/> (a) Vigilancia Presencial		<input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia NO Presencial			
OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.					
INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta ficha a una FACILITADOR/A del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.					
El Veedor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.					
El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.					
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: -- NV=No Verificó NS/NR=No sabe, no responde NA=No Aplica.					
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	05 / 12 / 2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	09:30
I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA					
3	DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):	46059625	4	NOMBRE y APELLIDOS:	SUSANA FLORES BANEZ
5	DEPARTAMENTO:	LORETO	6	PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
7	DISTRITO:	YURIMAGUAS	8	CCPP/Barrío/Dirección:	MUNICHIS
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	WAMARUSA ASHINAHUERA			
10	EDAD del Actor Comunal:	32 años	11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	54 meses
12	NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria <input checked="" type="checkbox"/> Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior			
13	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	<input checked="" type="checkbox"/> Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____			
II. EL CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS					
14	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	14.1 Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?
15	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	15.1 Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	16.1 Si marca SÍ, diga su nombre: SHEYLA MALUSKA SOTO MARTINEZ
A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a)					
17	El mes anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	17.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 34
18	¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	
19	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses de edad?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	19.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
20	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	20.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
21	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre la suplementación con hierro para los niños, como prevención y/o tratamiento?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	21.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	22.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
23	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	23.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
24	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre asistencia oportuna a controles CRED y Vacunas?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	24.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
25	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	25.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
26	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre ciudadano principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	26.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
27	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre ciudadano principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	27.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR
28	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre detección de signos/señales de alerta en el desarrollo de niños/as menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	28.1 Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> NS/NR

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

## VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	951864589	FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	942161470	ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL	CODIGO N° <u>Y-050-2022-YUR-C</u>

  

29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	29.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: <u>Láminas</u>
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	30.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
31	¿El acompañante técnico le brinda buen trato a usted en cada momento durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	31.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
32	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el acompañante técnico durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	32.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
33	¿Qué recomendaría usted para mejorar estas orientaciones/capacitaciones?: <u>Proyectar las láminas de capacitación.</u>					

  

**B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADORA): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)**

34	Actualmente ¿Cuántas familias tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<u>10</u>		NS/NR	34.1	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?:
35	El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliarias a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	35.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
36	El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar para brindarle orientación?	<u>4</u>			36.1	Si es MENOR que 04, diga ¿Por qué?:
37	El mes pasado ¿Realizó una (1) sesión de socialización con las familias que tienen niños/as mayores de 12 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	37.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
38	¿Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueva en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?: (El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitadora/or)					
39	(a) <u>Control CRED</u>	(b) <u>Consumo Micronutrientes</u>	(c) <u>Consumo Agua Segura</u>	(d) <u>Lavado de Manos</u>		NS/NR
40	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?: (El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitadora/or)					
41	(a) <u>Control Crea</u>	(b) <u>Vacunas</u>	(c) <u>Consumo Agua Segura</u>	(d)		NS/NR
42	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	42.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: <span style="float: right;">y pase a la pregunta 44</span>
43	¿El Programa le entregó completo el KI de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:
44	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	44.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: <span style="float: right;">y pase a la pregunta 46</span>
45	¿El Programa le entregó completo el KI de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:
46	¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	46.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
47	El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	47.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
48	¿El Programa le entrega oportunamente su Incentivo Monetario?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR		
49	El mes pasado ¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:

  

**C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)**

50	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: <u>Descarreo la plataforma</u>
51	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?: <span style="float: right;">y pase a la pregunta 52:</span>
51.2	Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:					Excelente    Bueno    Aceptable    Regular    Malo    NS/NR
51.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?					

  

**III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)**

52	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?	<u>3</u>		NS/NR	52.1	Si es MENOR que 02, diga ¿Por qué?:
53	En el presente año ¿Le capacitaron sobre las formas de prevención de COVID 19?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	53.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: <span style="float: right;">Excelente    Bueno    Aceptable    Regular    Malo    NS/NR</span>
54	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?					
54.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	<input checked="" type="checkbox"/>	Un (1) frasco de Alcohol Gel 70*	<input checked="" type="checkbox"/>	Veinte (20) mascarillas respiradores KN95	(e) Otro: _____
		<input checked="" type="checkbox"/>	Un (1) frasco de Alcohol Líquido 70*	<input checked="" type="checkbox"/>	Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas	
54.2	¿Cómo valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?:					Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno    Aceptable    Regular    Malo    NS/NR
54.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios"?: <u>Esto completo lo entrega.</u>					

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS

## VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	951864589	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° <u>V-050-2022-Yur-c</u>
Teléfono Nacional:	942161470	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL	

## IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Actor Comunal):

55	TRANSPARENCIA				
55.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
55.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
55.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
56	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)				
56.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI	NO	NS/NR
56.2	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a apoyar o votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR
56.3	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR

57	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	<i>El Kit de Socialización es por cada comité de gestión</i>			
----	---------------------------------------	--	--	--	--

58	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales	<i>El programa debe realizar % socializar las diversas normativas del programa y con que materiales deben contar las Facilitadoras.</i>			
----	---	---	--	--	--

59	FECHA FINAL de la entrevista:	<i>05.12.2022</i>	60	HORA FINAL de la entrevista:	<i>09:55</i>
----	-------------------------------	-------------------	----	------------------------------	--------------

DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADOR/A QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	<i>46059625</i>	DNI:	<i>41005700</i>	DNI:	41005700
Nombres y Apellidos:	<i>SUSANA FLORES BANEQ</i>	Nombres y Apellidos:	<i>MILLER GONZALES SALDAÑA</i>	Nombres y Apellidos:	MILLER GONZALES SALDAÑA
Cargo:	<i>FACILITADORA</i>	Cargo:	<i>RESPONSABLE REGIONAL</i>	Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		Correo electrónico:	<i>loreto.2rrctvcperu@gmail.com</i>	Correo electrónico:	<a href="mailto:loreto.2rrctvcperu@gmail.com">loreto.2rrctvcperu@gmail.com</a>
Teléfono:	<i>985549193</i>	Teléfono:	<i>942161470</i>	Teléfono:	942161470