

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

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

“ ”

Yurimaguas, 06 de enero de 2023

**OFICIO N°0006-2023-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS**

Señor (a)  
**CARMEN ROSA MARTÍNEZ TARAROCHA**  
Jefa de la Unidad Territorial – Loreto  
Programa Nacional Cuna Más  
**Presente.** -



Asunto : Se ALERTAN CUATRO (04) 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° 0004-2023-CTVC/YUR
- CASO N° 0005-2023-CTVC/YUR
- CASO N° 0006-2023-CTVC/YUR
- CASO N° 0007-2023-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		CASO	N°0004-2023-CTVC/YUR	
Telf. LIMA: 951864589				
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	03/01/2023	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:</b>				
2. APELLIDOS NOMBRES:	PANDURO GUERRERO DAVID OSCAR	3. NÚMERO-DNI:	46501739	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>			6. FECHA DE OCURRENCIA:	06/12/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS	
9. DISTRITO:	LAGUNAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	VILLA LAGUNAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	70581753-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>				

Durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del PNCM, el Sr. David Oscar Panduro Guerrero, presidente del Comité de Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Lagunas, realizó la entrevista a la Sra. Flor de María Yaricahua Curitima, cuidadora principal del comité de gestión Era Kamatankana del distrito de Lagunas, mediante ficha de vigilancia V-051-2022-YU-C, donde se ha identificado los siguientes puntos críticos que a continuación se detalla:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.**  
 Durante la entrevista la Sra. Flor de María manifestó que en el presente año el Programa Cuna Mas NO le entregó ningún material educativo para su niño (Kit de 0 a 18 meses de edad). 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. Kit de materiales para las Familias: Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante. Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit para la gestante o un kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación.
- 2. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**  
 Durante la entrevista la Sra. Flor de María, Cuidador Principal del usuario 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 N° 00334-2022-MIDIS/PNCM** "Plan de Comunicaciones 2022" en el numeral 2.5.2. Comunicación digital: Elaborar campañas, mensajes y contenidos gráficos o audiovisuales que promuevan los servicios del PNCM y las prácticas de desarrollo infantil a madres, padres y/o cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses.
- 3. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.**  
 Durante la entrevista realizada manifestó que el mes pasado el programa Cuna Mas solo le entregó 4 mascarillas, 2 galletas sodas y 2 botellas con agua, así mismo manifestó que hace seis meses aproximadamente no entregan el kit de higiene y protección completa Por lo que esta situación estaría contraviniendo lo establecido en **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM**, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 5.4 Medidas de Protección Sanitaria en el Servicio de Acompañamiento a Familias e. Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. Periodicidad mensual.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el Marco de los lineamientos del **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM** y **R.D.E N° 000334-2022-MIDIS/PNCM-DE** Resolución Directoral que aprueba el “Plan de Comunicaciones 2022” 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° 000334-2022-MIDIS/PNCM-DE Resolución Directoral que aprueba el “Plan de Comunicaciones 2022” del Programa Nacional Cuna Más”.
- 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.
- Brindar mayor asistencia técnica a los actores comunales e informar sobre los servicios que brinda “Cuna Más Digital”, así como las bondades de esta plataforma.
- 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: 04 folios)

1. Ficha de Vigilancia N° V-051-2022-YUR-C. (04 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-051-2022-YUR-C		
Teléfono Nacional:	942161470	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL						
		<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		<input type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA				
		<input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia Presencial		<input type="checkbox"/> Vigilancia NO Presencial				
<p>OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS.</p> <p>INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.</p> <p>En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica</p>								
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	06/12/22		2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	15:00		
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA								
3	DNI del Cuidador/a Principal:	70581253		4	NOMBRE y APELLIDOS:	Flor De María Yoricahua Curitima		
5	DEPARTAMENTO:	Loreto		6	PROVINCIA:	Alto Amazonas		
7	DISTRITO:	Lagunas		8	CCPP/Barrio/Dirección:	Villa Lagunas		
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Era Kamotankana						
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:	(a) Padre <input checked="" type="checkbox"/> (b) Madre <input checked="" type="checkbox"/> (c) Otro: _____						
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	<input checked="" type="checkbox"/> Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____						
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)								
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?	7		Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:				
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Liam						
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	17						
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)	<input checked="" type="checkbox"/> (M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11/22	NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS								
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?			
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?			
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	26.1	Si marca SI, diga su nombre:	Carmen Rosa Yoricahua Curitima		
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)								
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 53		
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	4		28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?			
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	4		29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?			

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>Y-051-2022-YUR-C</u>
Teléfono Nacional:	942161470	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	<input checked="" type="checkbox"/> Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR					
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	<u>06</u>	<u>11</u>	<u>22</u>												
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:																
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR												
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)		<u>60</u>		33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:										
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/caliente con jabón, toalla limpia o similar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y amor?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR				
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:										
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:										
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:										
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:										
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:										
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	<u>Todo esto bien</u>														
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:										
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de almohadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas						NS/NR	NA				
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro: _____											
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un filtro de tela							NS/NR	NA				
		(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o algodón de tela											
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?										Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?															

## 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>Y-051-2022-YUR-C</u>
Teléfono Nacional:	942161470	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)												
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				y pase a la pregunta 55		
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				y pase a la pregunta 56		
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	57.1							
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)				60	58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?:					
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	59.1							
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	60.1							
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e Interaprendizaje?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	61.1							
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	62.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:						
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?	Participación de los mamás										
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)												
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
67.2	Si marca SÍ ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?						Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Mala	NS/NR
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?											
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)												
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR								
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70:						
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador		<input checked="" type="checkbox"/>		(b) Cuatro mascarillas respiradores KN95		<input checked="" type="checkbox"/>		(c) Otro: _____		
		(b) Un papel toalla por rollo		<input checked="" type="checkbox"/>		(d) Una bolsa que contenga todos los materiales		<input checked="" type="checkbox"/>		NS/NR		
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?						Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Mala	NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?											
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR								
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR								
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR								
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	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	CODIGO N° <u>V-051-2022-YUR-C</u>
Teléfono Nacional:	942161470	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

**V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)**

<b>74</b>	<b>TRANSPARENCIA</b>				
	74.1	¿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
	74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
	74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
	<b>75</b>	<b>NEUTRALIDAD (Imparcialidad)</b>			
	75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	75.2	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	75.3	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	<b>76</b>	<b>OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales</b>			
	<b>77</b>	<b>RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales</b>			

78 FECHA FINAL de la entrevista:	<u>06/12/2021</u>	79 HORA FINAL de la entrevista:	<u>15:30</u>
----------------------------------	-------------------	---------------------------------	--------------

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL 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:	<u>70581753</u>	DNI:	<u>46501739</u>	DNI:	41005700
Nombres y Apellidos:	<u>Flor María Yoricahua Griffin</u>	Nombres y Apellidos:	<u>David Oscar Pando Guerrero</u>	Nombres y Apellidos:	MILLER GONZALES SALDAÑA
Cargo:	<u>Cuidador/a Principal</u>	Cargo:	<u>Presidente</u>	Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	<u>lorenio.2mstvcpseni@gmail.com</u>
Teléfono:		Teléfono:	<u>925 606 673</u>	Teléfono:	942161470