

**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)¹:

- 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

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

Calle COMERCIO 738, Barrio. La Loma – Yurimaguas

Celular: 942161470

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / loreto.2rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. YURIMAGUAS: 942161470		CASO	N°0007-2023-CTVC/YUR	
Telf. LIMA: 951864589				
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	03/01/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	SALAS CURITIMA ZAQUEO	3. NÚMERO-DNI:	05386649	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	09/12/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS	
9. DISTRITO:	BALSAPUERTO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	BALSAPUERTO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	71399915-FACILITADORA	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	10	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	04	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

Durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del PNCM, realizó la entrevista a la Sra. Yvonne del Consuelo Castro Pinedo, facilitadora del comité de gestión Nuevo Crecer del distrito de Balsapuerto, mediante ficha de vigilancia V-054-2022-YU-C, donde se ha identificado los siguientes puntos críticos que a continuación se detalla:

- 1. 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 Sra. Yvonne del Consuelo Castro Pinedo, 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.
- 2. PROGRAMA NO PAGA PUNTUALMENTE EL INCENTIVO MONETARIO A ACTOR COMUNAL.**
 Durante la entrevista a la facilitadora Sra. Yvonne del Consuelo Castro Pinedo, manifestó que el Programa NO les estaba pagando Puntualmente sus Incentivos, siempre les pagan pasando mes (quincena del mes siguiente). 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...
- 3. ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**
 Durante la entrevista la señora Yvonne del Consuelo Castro Pinedo, 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)".
- 4. PROGRAMA NO ENTREGA IMPLEMENTOS SANITARIOS A ACTOR COMUNAL.**
 Durante la entrevista la señora Yvonne del Consuelo Castro Pinedo, Facilitadora del programa Cuna Mas manifestó que en el último bimestre del programa Cuna Más no le entregó implementos sanitarios para realizar

su trabajo. 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 5.4.1 Medidas de Protección sanitaria para las visitas domiciliarias, ítem f dotación de Implementos Sanitarios para los facilitadores. La dotación de implementos sanitarios para facilitadores que realizan actividades presenciales del servicio de acompañamiento a familias es requerida con la finalidad de reducir riesgos de contagio por COVID-19 en las facilitadoras/res durante la ejecución de sus actividades. Periodicidad bimestral.

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 programa deberá garantizar la entrega de los implementos sanitarios a los actores comunales, con la finalidad de salvaguardar su salud y de las familias usuarias.
- 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-054-2022-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° <i>V-054-2022-YUR-C</i>
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 checked="" type="checkbox"/> Vigilancia Presencial	<input 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:	09/12/22	2 HORA INICIAL de la Vigilancia:	08:45
-----------------------------------	----------	----------------------------------	-------

DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA

3 DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):	71399915	4 NOMBRE y APELLIDOS:	Yvonne del Consuelo Castro Pinedo
5 DEPARTAMENTO:	Loreto	6 PROVINCIA:	Alto Amazonas
7 DISTRITO:	Balsapuerto	8 CCPP/Barrio/Dirección:	Balsapuerto
9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Nuevo Creces		
10 EDAD del Actor Comunal:	20	11 TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	12 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. 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?	SI	NO	NS/NR	14.1	Si marca SI 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	15.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
16 ¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	16.1	Si marca SI, diga su nombre: <i>Epifanio Guerrero Sanchez</i>

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?	SI	NO	NS/NR	17.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	<i>y pase a la pregunta 34</i>					
18 ¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	19.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	20.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	22.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	23.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	24.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	25.1	Si marca SI, 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 cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	26.1	Si marca SI, 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 cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	27.1	Si marca SI, 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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	28.1	Si marca SI, 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		CODIGO N° V-054-2022-YUP-C	
Teléfono Nacional:	942161470	ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL			
29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	29.1 Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:
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?	Al ser expulso			
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?		10	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?		4	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 promueve 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>Vacunas</u> (b) <u>Comer saludable</u> (c) <u>Microquiebrar</u> (d) _____	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>Barato Hacer</u> (b) <u>Control Cuid.</u> (c) _____ (d) _____	NS/NR			
42	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	42.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 44
43	¿El Programa le entregó completo el Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?: <u>No se</u> y pase a la pregunta 46
45	¿El Programa le entregó completo el Kit 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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	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?:
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?: y pase a la pregunta 52:
51.2	Si marca SÍ ¿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?		3	NS/NR	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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
54	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 55:
54.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70*		(c) Veinte (20) mascarillas respiradores KN95	(e) Otro: _____
		(b) Un (1) frasco de Alcohol Líquido 70*		(d) Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas	NS/NR
54.2	¿Cómo valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?				Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
54.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios"?				

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°Y-054-2022-YUR-C		
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/R	
55.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/R	
55.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/R	
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	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/R	
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/R	
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/R	
57	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
	<i>Los materiales del espacio de juego se deterioran muy rápido</i>				
58	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
	<i>Implementar con los materiales completos a los facilitadores.</i>				
59	FECHA FINAL de la entrevista:	____/____/____	60	HORA FINAL de la entrevista:	
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:	79399915	DNI:	05386649	DNI:	41005700
Nombres y Apellidos:	<i>Yvonne del Consuelo Castro Pinedo</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Zaqueo Salas Quintana</i>	Nombres y Apellidos:	MILLER GONZALES SALDAÑA
Cargo:	<i>Facilitadora</i>	Cargo:	<i>Presidente</i>	Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	loreto2mctveedores@gmail.com
Teléfono:		Teléfono:	971052669	Teléfono:	942161470