

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

CARGO

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0008-2023-CTVC/ANCASH

Señora
NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO
Jefa de la Unidad Territorial Ancash
Programa Nacional Cuna Más



Presente.

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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° 0020-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0021-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0022-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0023-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0024-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0025-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0026-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0027-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0028-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0029-2023-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,


Maritza Mallqui Aguilar
MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Equidad Territorial Ancash

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

Telf. de Ancash: 942154203
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0024-2023-CTVC/ANC

| | | | |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------|
| PROGRAMA SOCIAL: | CUNA MAS | 1. FECHA DE REGISTRO: | 06/12/2022 |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: | | | |
| 2. APELLIDOS NOMBRES: | MALLQUI AGUILAR MARITZA | 3. NÚMERO-DNI: | 31660360 |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE ANCASH | 5. CARGO: | RESPONSABLE REGIONAL |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: | 06/12/2022 |
| 7. DEPARTAMENTO: | ANCASH | 8. PROVINCIA: | SANTA |
| 9. DISTRITO: | CHIMBOTE | 10. CCPP/DIRECCIÓN: | AAHH ESPERANZA ALTA MZ U LT 31 |
| 11. PROCESO: | GESTIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? | 20130-NUEVA ESPERANZA |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 15 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS | 01 |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES): | | | |

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Mas, se visitó al Centro Infantil de Atención Integral (CIAI) "Nueva Esperanza", del Comité de Gestión "El Buen Samaritano", entrevistándose a la Madre Guía Sra. Jhorli Tatiana Gamboa García, con quien se realizó las coordinaciones para la realización de la veeduría, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- PROGRAMA NO CUMPLE CON ENTREGAR SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA O TERAPEUTICA CON HIERRRO A NIÑOS USUARIOS:** De acuerdo a la verificación se evidenció que de los quince (15) niños/as inscritos en este local, por indicaciones del Establecimiento de Salud sólo trece (13) niños/as se encuentran recibiendo suplemento de hierro por tratamiento.

De acuerdo a lo establecido por el Programa Cuna Mas en la RDE-000056-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva "Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más", versión 0. Numeral 5.2. Cuidado de la salud infantil en el CIAI. Literal b, establece respecto a la suplementación con hierro que es una estrategia de intervención preventiva y terapéutica que promueve el Programa Cuna Más, a través de la promoción del consumo de hierro, con la finalidad de prevenir o tratar la anemia por deficiencia de hierro en las niñas y niños usuarios del programa.

La norma en mención cita en su base legal a la Resolución Ministerial N° 275-2020-MINSA, que aprueba la directiva sanitaria N° 099-MINSA-2020-DGIESP "Directiva Sanitaria que establece las disposiciones para garantizar las prestaciones de prevención y control de la anemia en el contexto del Covid-19" que en atención al punto alertado señala en su numeral 6.2.4. y 6.2.5. el cumplimiento de la dosis estandarizada para situaciones de emergencia según sea el caso del esquema preventivo, y que en el numeral 6.2.2. Tabla N° 01 "estimación de dosis estandarizada de suplementos de hierro y otros suplementos de hierro y micronutrientes para situaciones de emergencia – niños de 4 a 35 meses", señala que la suplementación preventiva "sin anemia/sin medición de hemoglobina y con anemia" se entrega a niños desde los 04 meses de edad a los 35 meses de edad.

- ACTOR COMUNAL NO USA DOBLE MASCARILLA DURANTE ATENCIÓN DE NIÑOS EN EL CIAI:** En la visita al CIAI se evidenció que la madre guía y las dos (2) madres cuidadoras, solamente usaron una mascarilla quirúrgica durante su permanencia en el CIAI, argumentaron que el aumento de la temperatura les dificultaba el uso de la doble mascarilla (ver anexo 02).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar la dotación de hierro en niños/as de manera preventiva, siendo el Programa, la instancia rectora en la promoción y prevención para la reducción de la anemia en niños y niñas usuarios del Programa, debiendo considerar

el hecho que los niños/niñas no viene recibiendo la suplementación con hierro, pese a que se encuentra en el rango de edad correspondiente según lo considerado en las directivas del Programa y las directivas de Salud vigentes, hecho que contraviene y pone en riesgo las estrategias preventivas de control y tratamiento de la anemia en la región.

- Reforzar el cumplimiento de las medidas de protección contra la COVID 19 en beneficio de los niños usuarios de este CIAI, establecidos en la RDE N° 000056-2022-MIDIS/PNCM –DE que hace referencia a la Directiva "Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Cuna Más", en el numeral 1.1. Acciones durante la prestación de servicios en el CIAI, donde refiere en el inciso a) Al ingreso; Usa doble mascarilla de protección: una mascarilla KN95 que se renueva cada dos (2) días y una mascarilla quirúrgica de renovación diaria.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre lo sucedido, las medidas adoptadas y las acciones que vienen estableciendo para la mejor solución de las situaciones críticas alertadas en este caso, en relación a los principios y estándares de calidad ofrecidos por el programa Cuna Más.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 05)

- 1.- Copia de la Ficha V-352-2022-ANC-C (04 folios).
- 2.- Registro fotográfico (01 folio).



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

FICHA DE VIGILANCIA

CODIGO N° V-352-2022-ANC-C

Teléfono Regional: 942154303

Teléfono Nacional: 945055602

CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CIAM-PRESENCIAL

DE FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (a) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

(a) Vigilancia Presencial (b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.

INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta FICHA en el Centro Infantil de Atención Integral-CIAM del Programa Cuna Más que está brindando atención PRESENCIAL a los niños/as usuarias. El Veedor/Vigilante se presentará ante el encargado del CIAM, le explicará los objetivos de la Vigilancia, y luego verificará la participación de una Madre Ciudadana o una madre guía o una guía de familia que tenga experiencia en el funcionamiento del servicio para que brinde información que el responsable de la atención pueda utilizar para mejorar la calidad de la atención.

En toda la FICHA tomar en cuenta esta LEYENDA: (a) = Muestra Verificada (b) = Muestra No Verificada (c) = Muestra No Verificada (d) = Muestra No Verificada (e) = Muestra No Verificada (f) = Muestra No Verificada

7:40

2 HORA INICIAL de la Vigilancia:

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 06/12/2022

L DATOS GENERALES: Identificación y Ubicación del LOCAL DE CUNA MAS visitado y donde se aplica esta FICHA

| | | | |
|----------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------------|
| 3 CODIGO de CIAM: | 20150 | 4 NOMBRE Local CIAM: | Nuevo Espesadoza |
| 5 DEPARTAMENTO: | ANCASH | 6 PROVINCIA: | Santa |
| 7 DISTRITO: | Chimbote | 8 CCPP/Dirección: | H. D. U. 31-A. A. H. Espesadoza Alto |
| 9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: | El Grupo Sumavitano | 10 NOMBRE y APELLIDOS del encargado del CIAM: | Sberli Tatiana Gamboa Guale |
| 11 IDIOMA que predomina en la zona: | Español | (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro: | |

II. ATENCIÓN EN EL LOCAL DE CUIDADO DIURNO

A) HORARIO DE ATENCIÓN en Local de Cuidado Diurno: (El veedor PREGUNTA a la persona que acompaña la visita)

12 En este local se cumplió el HORARIO DE ATENCIÓN del Servicio (de 8:00 de la mañana a 4:00 de la tarde):

13 En este local el Servicio de Cuidado Diurno se brinda de LUNES a VIERNES

14 En este local se utiliza un CUADERNO de OCURRENCIAS y/o CUADERNO de VISITAS

B) ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN Y SITUACIÓN DE LOS NIÑOS/A: (El Veedor VERIFICA Listado de niñas/os INSCRITOS, Seguimiento Diario>Listado de asistencia al CIAM, Listado de CUIDADORAS, y Cuaderno de Ocurrencias; luego, llena esta Tabla)

| ITEMS DE CONTROL | VALOR | ITEMS DE CONTROL | | | | | | | | | | | | VALOR | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------------------|-----------------|---|------------------|---|----|----|-------|----|-------|----|
| | | SI | NO | IV | al es "NO", digar | HORA que INICIA | : | HORA que TERMINA | : | SI | NO | NS/NR | SI | | NO |
| 15 Cantidad de niñas/os INSCRITOS en Local de Cuidado Diurno: | 15 | 24 | Cantidad de niñas/os inscritas que tienen alguna DISCAPACIDAD: | | | | | | | | | | | | 0 |
| 16 Cantidad de niñas/os ASISTENTES el día de HOY (día de la visita/veeduría): | 13 | 25 | Cantidad de niñas/os con INASISTENCIA INJUSTIFICADA al día de HOY (día de la visita/veeduría): | | | | | | | | | | | | 0 |
| 17 Cantidad de niñas/os que tienen DNI (Documento Nacional de Identidad) | 15 | 26 | Cantidad de niñas/os afiliados a algún SEGURO DE SALUD (SIS, EsSalud, otros): | | | | | | | | | | | | 15 |
| 18 Cantidad de niñas/os que tienen Carné de Atención Integral (CRED) | 15 | 27 | Cantidad de niñas/os que asistieron al Control CRED que les corresponde este año: | | | | | | | | | | | | 15 |
| 19 Cantidad de niñas/os que recibieron la VACUNA que les corresponde este año: | 15 | 28 | Cantidad de niñas/os que consumen SUPLENTO DE HIERRO (con y sin anemia) | | | | | | | | | | | | 13 |
| 20 Cantidad de niñas/os que se realizaron el examen de HEMOGLOBINA, este año: | 0 | 29 | Cantidad de niñas/os con diagnóstico de ANEMIA | | | | | | | | | | | | 0 |
| 21 Cantidad de EXPLORADORES y/o CAMINANTES (de 06 a 18 meses) inscritos: | 15 | 30 | Cantidad de Madres CUIDADORAS seleccionadas para BEBES y/o GATEADORES: | | | | | | | | | | | | 0 |
| 22 Cantidad de Madres Cuidadoras con CERTIFICACIÓN DE SALUD Técnica psicológica VIGENTE (últimos 6 meses) | 2 | 31 | Cantidad de Madres CUIDADORAS seleccionadas para EXPLORADORES y/o CAMINANTES | | | | | | | | | | | | 2 |
| 23 Identificación de Actores Comunitales involucrados | | 32 | Cantidad de Madres CUIDADORAS que asistieron el día de la visita | | | | | | | | | | | | 2 |

C) ACTORES COMUNALES QUE PARTICIPAN EN EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO Y SU CAPACITACIÓN: (El Veedor ENTREVISTA a una MADRE CUIDADORA presente en el Local (elegida al azar) y llena esta Tabla)

| CARGO | NOMBRES Y APELLIDOS | FECHA NACIMIENTO (dd/mm/aa) | GRADO DE INSTRUCCIÓN | TIEMPO (en MESES) que participa como voluntaria | RECIBIÓ CAPACITACIÓN, ASISTENCIA TÉCNICA e INCENTIVOS: | | | | | | | | | | | | VALOR | | |
|--------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----|-------|----|----|-------|-------|----|-------|
| | | | | | 34.1 ¿El Comité de Gestión le pagó puntualmente sus INCENTIVOS (pagos de celebración)? | 34.2 ¿Gozó de su PERIODO DE DESCANSO el año pasado (10 días por año)? | 34.3 ¿Le han entregado su kit de implementos sanitarios? | 34.4 ¿La capacitaron etc. Como entregar el suplemento de hierro a los niños/as a su cargo? | 34.5 ¿Recorrieron uso de las cartillas orientadoras de la madre cuidadora? | 34.6 ¿Le capacitaron en el uso del Plan de Experiencias de Aprendizaje? | 34.7 ¿Le capacitaron en: Lavado correcto de las manos de las niñas/os? | | | | | | | | |
| a) Madre Ciudadana (BG) | | | | | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR |
| b) Madre Ciudadana (EC) | Karina De Guoz Linares | 04/11/15 | Sec. Genial | 10 años | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR |
| c) Madre Guía | Sberli Gamboa Guale | 15/03/81 | Sec. Genial | 6 años | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR |
| d) Madre Guía de Familia | | | | | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR | SI | NO | NS/NR |

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 944095602

D) CONDICIONES DE INFRAESTRUCTURA: (El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE en el local y marca una opción según corresponda)

| | SI | NO | NV | |
|------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 35 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local está LIMPIO de basuras, precipicio, rizo, alquile, humedad, desagüe, cemento, grana, tébrica, carolina (10mts) |
| 36 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene CERCÓ perimetrico |
| 37 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene paredes, techos, pisos en BUEN ESTADO (sin roturas, huecos ni desvitriles y no dejan pasar corrientes de aire ni agua) |
| 38 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene puertas, ventanas en BUEN ESTADO (sin roturas ni rajaduras y no dejan pasar corrientes de aire ni agua) |
| 39 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene abastecimiento de AGUA proveniente de: <input checked="" type="checkbox"/> Red pública de agua potable <input type="checkbox"/> Pozo <input type="checkbox"/> Cisterna <input type="checkbox"/> Otro (especificar): |
| 40 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El AGUA POTABLE de red pública está DISPONIBLE todo el día y todos los días que se brinda el Servicio de Cuidado Diurno |
| 41 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los SERVICIOS HIGIÉNICOS del local están conectados a: <input checked="" type="checkbox"/> Red pública de desagüe <input type="checkbox"/> Pozo séptico <input type="checkbox"/> Letrina <input type="checkbox"/> Pozo ciego <input type="checkbox"/> No tiene servicios higiénicos |
| 41.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Si el local no tiene servicios higiénicos diga donde se eliminan las excretas: |
| 42 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene BARRIO para niñitas con waterfisiológico PEQUEÑO con tapa |
| 43 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El baño para las niñitas está ubicado en un lugar ACCESIBLE Y SEGURO |
| 44 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El baño para las niñitas guarda la debida PRIVACIDAD |
| 45 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene LAVADEROS PEQUEÑOS para las NIÑOSAS |
| 46 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene servicio de LUZ ELECTRICA |
| 47 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los CABLES eléctricos y telecomunicaciones están protegidos-empujados canalizados y lejos del alcance de los niños/as |
| 48 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene EXTINTOR con fecha de VENCIMIENTO VIGENTE |
| 49 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El extintor está BIEN UBICADO: en un pedestal o pared del local, accesible para adultos y lejos del alcance de los niños/as |
| 50 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene REJAS de PROTECCIÓN/seguridad en puerta de salida a la calle, puertas de acceso a cocina, escaleras, pozo de agua |
| 51 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Local tiene SEÑALIZADAS las áreas de evacuación y áreas de protección en caso de sismo |

Para responder las preguntas de 52 al 54, el Veedor debe una elegir una (1) Sala de Bebés y/o Gateadores (niños/as de 0 a 6 meses de edad) y una (1) Sala de Caminantes y Exploradores (niños/as de 18 a 36 meses)

| | SALA BEBES y/o GATEADORES | | SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES | | Descripción |
|----|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | |
| 52 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cuántas SALAS para niñitas existen en el Local de Cuidado Diurno: |
| 53 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ESPACIOS HABITADOS EN EL LOCAL: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA: 53.1 La sala tiene un "Espacio de juego" donde los niños/as giran, trepan, se arrastran, gatean, caminan 53.2 La sala tiene un "Espacio de descanso" donde los niños/as durman o descansan en camas o colchonetas 53.3 La sala tiene un "Espacio de higiene" para el lavado de manos, higiene de dientes, cambio de pañal y/o cambio de ropa 53.4 La sala tiene un "Espacio de alimentación" para el consumo de alimentos de los niños/as 53.5 La Sala tiene un "Espacio de biblioteca" con portacuentos, cuentos, láminas, ocines, fileres 53.6 La sala tiene un panel informativo 53.6.1 El panel informativo tiene la programación de menús del mes en el CIAI 53.6.2 El panel informativo tiene la Ficha de Seguimiento Diario de los niños/as usuarios del CIAI |

E) COMPONENTES PRIORIZADOS: El Veedor elige una (1) Sala de Bebés y/o Gateadores (niños/as de 0 a 6 meses de edad) y una (1) Sala de Exploradores (niños/as de 18 a 36 meses)

| | SALA BEBES y/o GATEADORES | | SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES | | Descripción |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | SI | NO | SI | NO | |
| A) COMPONENTE NUTRICIÓN: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA: | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | |
| 54 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | El lugar donde los niños/as consumen sus alimentos está LIMPIO |
| 55 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los alimentos preparados para los niños/as son LOS MISMOS que están previstos en la PROGRAMACION de MENUS para ese día |
| 56 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Los alimentos son repartidos (servidos) en envases LIMPIOS, con TAPA y en BUEN ESTADO |
| 57 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora brinda el SUPLENTO DE HIERRO (arabes, gotas o polvo de micronutrientes) a TODOS los niños/as |
| 58 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora brinda el refrigerio de media mañana en horario establecido (máximo a las 10:00 am) |
| 59 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora brinda el almuerzo en horario establecido (máximo a las 12:30 pm) |
| 60 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora brinda el refrigerio a media tarde en horario establecido (máximo a las 2:30 pm) |
| 61 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora AYUDA con afecto a los niños/as grandes (caminantes) a SENTARSE, USAR cubiertos y MASTICAR bien la comida |
| 62 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | La Madre Cuidadora CONVERSA con afecto y ANIMA a los niños/as a COMER Y TERMINAR su ración SIN OBLIGARLOS |

Des: Ningun de los componentes, salas, salud y/o cumplimiento con el protocolo

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095602

Descripción

SALA BEBES y/o GATEADORES

SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES

Descripción

COMPOENTE SALUD:

B) El Veredador VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:

| | | | | | | | |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|----|----|----|
| 63 | Local de cuidado diurno se encuentra LIMPIO | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 64 | El baño/toiletina/bacines se encuentran LIMPIOS y ORDENADOS | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 65 | El baño/toiletina/bacines se encuentran APARTADOS DE LAS SALAS donde los niños/as juegan, comen, descansan, duermen | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 66 | El baño/toiletina/bacines tienen TAPA | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 67 | Se usa AGUA SEGURA ya sea potable o tratada (una gale de lejía por litro de agua) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 68 | Los DEPÓSITOS de agua segura TIENEN TAPA (baldes grandes y/o medianos) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 69 | Local tiene un KIT de ASEO PERSONAL, identificado por cada niño/a mayor de 18 meses (fertilizante: jabón, cepillo, peine) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 70 | Los niños/as se LAVAN las MANOS antes y después del consumo de alimentos | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 71 | Los niños/as usan AGUA o CHORRO y JABÓN para lavarse las manos, y se secan con TOALLA LIMPIA | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 72 | Los niños/as realizan su HIGIENE BUCAL después de consumir sus alimentos | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 73 | La Madre Cuidadora se LAVA las MANOS antes y después de alimentar a los niños/as | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 74 | La Madre Cuidadora tiene BUEN ASPECTO HIGIENICO (manos limpias, uñas cortas, cabello recogido y vestimenta limpia) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 75 | La Madre Cuidadora usa INCLUMENTARIA COMPLETA Y LIMPIA (mendi, sandalias del Programa y sujetador de cabello) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 76 | Hay niños/as con aspecto DESASEADO (cabello sucio, vestimenta sucia, zapatos sucios) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 77 | Hay niños/as con señales de alguna ENFERMEDAD (jarra, tos, fiebre, irritabilidad, decoloramiento, respiración rápida) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 78 | Hay niños/as con señales de haber sufrido algún ACCIDENTE (heridas, moretón, rasguño u otros) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 79 | Los RESIDUOS (basura) se ponen en TACHOS con bolsa plástica y tapa | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 80 | Los MATERIALES de limpieza-desinfección y purificador están LEJOS del alcance de los niños/as | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 81 | Los ANIMALES DOMESTICOS (perros, gatos, aves, etc.) están LEJOS del alcance de los niños/as | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 82 | Local tiene un BOTIQUIN EQUIPADO (verificar si hay termómetro, paracetol en jarabe, gases, algodón, sales de rehidratación oral) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 83 | Local tiene MOCILAS de Emergencia por cada Cuidadora (lit de primeros auxilios vigente, alimento/bebida conservada vigente, suadabochal) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 84 | Local tiene un DIRECTORIO Telefónico de Emergencias en un lugar visible | SI | NO | NV | SI | NO | NV |

COMPOENTE DESARROLLO Y APRENDIZAJE INFANTIL:

C) El Veredador VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:

| | | SALA BEBES y/o GATEADORES | | SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES | | Descripción | |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----|----------------------------------|----|-------------|----|
| 85 | La Madre Cuidadora utiliza el Plan de Experiencias de Aprendizaje para cada uno de los niños/as (verificar documento) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 86 | La Madre Cuidadora recibe a los niños/as con una sonrisa, los invita a jugar | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 87 | La Madre Cuidadora llama a los niños/as por su nombre en todas las actividades | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 88 | La Madre Cuidadora interactúa con los niños/as en todas las actividades (les observa, habla, responde, siempre amable y con afecto) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 89 | La Madre Cuidadora invita a los niños/as a explorar y jugar libremente con los materiales | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 90 | La Madre Cuidadora deja a los niños/as realizar actividades según sus posibilidades motoras (estar boca abajo sentarse, pararse o caminar) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 91 | La Madre Cuidadora les refiere cuentachistes o les canta a los niños/as | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 92 | La Madre Cuidadora acostua con cuidado a los niños/as que desean descansar, los cubre con sus mantas y les pone música suave | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 93 | La Madre Cuidadora usa el idioma preferente de la zona al interactuar con los niños/as, (worew/padre) | SI | NO | NV | SI | NO | NV |
| 94 | La Madre Cuidadora trata a todos los niños/as con afecto y sin discriminación | SI | NO | NV | SI | NO | NV |

Teléfono Regional: 942154253
Teléfono Nacional: 945035682

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda)

| | | | | | |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----|----|-----------------------------------------|
| 95 | Todas las madres cuidadoras, madres guías, personal de Cuna Más usa doble mascarilla dentro del CIAI | SI | NO | NV | Solo utilizan una mascarilla quirúrgica |
| 96 | Todas las madres cuidadoras, madres guías, personal de Cuna Más usa correctamente la mascarilla dentro del CIAI (cubre nariz y boca) | SI | NO | NV | |
| 97 | Todas las madres cuidadoras, madres guías tienen vacunación contra la COVID-19 COMPLETA (2 vacunas) | SI | NO | NV | |
| 98 | El ingreso de las niñas y niños al CIAI se realiza manteniendo distanciamiento físico de 1,5 m entre las personas | SI | NO | NV | |
| 99 | En la entrada del CIAI existen marcas en el piso que sirven a guardar el distanciamiento físico entre las personas | SI | NO | NV | |
| 100 | La madre cuidadora o madre guía toman la temperatura a cada uno de los niños/as asistentes el día de HOY | SI | NO | NV | |
| 101 | Al ingreso del CIAI se ha habilitado un lugar para el lavado de las manos | SI | NO | NV | |
| 102 | Al ingresar al CIAI los niños/as se lavan las manos | SI | NO | NV | |

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor RESPONDE a estas preguntas)

| | | | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|----|-------|--|
| 103 | ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 103 | ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 103 | ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 104 | NEUTRALIDAD (Imparcialidad) | SI | NO | NS/NR | |
| 104 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió al usuario/usuario, padres o tutores a cambio de brindarle el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 104 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió al usuario/usuario a cambio de brindarle el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 104 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió al usuario/usuario a cambio de brindarle el Servicio de Cuidado Diurno? | SI | NO | NS/NR | |
| 105 | OBSERVACIONES / COMENTARIOS | El CIAI esta utilizando en local cercano que se utilizo anteriormente como parque | | | |

106 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

107 FECHA FINAL de la Vigilancia: 06/12/2022 HORA FINAL de la Vigilancia: 13:05

| | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| DATOS DEL INFORMANTE -CUIDADOR PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN | | 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: | 44740330 | DNI: | 21660360 |
| Nombres y Apellidos: | Shely Tatiana Gombosa Garcia | Nombres y Apellidos: | Martiza Tullqui Aguirre |
| Cargo: | Madre Guía | Cargo: | B.T.N.C |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: | ancash.tr@veeduracajamarca.org.pe |
| Teléfono: | 910514020 | Teléfono: | 942154203 |

ANEXO 02

REGISTRO FOTOGRAFICO



Foto 01: Madres cuidadoras utilizan una solo mascarilla.