

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS**  
"Año de la Unidad La Paz y el Desarrollo"

Iquitos, 01 de febrero de 2023

**OFICIO N°0017-2023-CTVC/LORETO IQUITOS**

Señor (a)  
**Carmen Rosa Martínez Tararocha**  
Jefe de la Unidad Territorial – Loreto  
Programa Nacional CUNA MÁS  
**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA 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° 0024-2023-CTVC/IQU
- CASO N° 0025-2023-CTVC/IQU
- CASO N° 0026-2023-CTVC/IQU

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

  
ELVA ROSA CARMONA DE CHU  
Responsable Regional del Equipo Técnico  
CTVC-LORETO-IQUITOS  


---

<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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. IQUITOS: 942161156 Telf. LIMA: 951864589	CASO	N° 0025-2023-CTVC/IQU		
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	19/11/2022	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>				
2. APELLIDOS NOMBRES:	FALCÓN NARVÉZ ESTEBAN	3. NÚMERO-DNI:	05302671	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>			6. FECHA DE OCURRENCIA:	19/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	MAYNAS	
9. DISTRITO:	LAS AMAZONAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	YANASHI	
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN?	72786601-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	02	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>				

Con fecha 19/12/2022 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios Presenciales del PNCM, se entrevistó a la Señora Delya Milena Atac Pinedo, con DNI N° 72786601, Cuidador Principal del menor de iniciales TMYA, usuario perteneciente al Comité de Gestión “Juntos por los Niños”; información recogida mediante Ficha de Vigilancia N° V-179-2022-IQU-C, donde se registró el puntocrítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Al consultarle a la Cuidadora Principal si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que, hasta la fecha de la entrevista el programa aún NO le hacía la entrega de este material; lo que estaría contraviniendo a la **RDE No 026-2022- MIDIS/PNCM “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias”- 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados, b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: 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. **ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista, la facilitadora manifestó no conocer la existencia de la plataforma “Cuna Más digital”, además de no recibir información acerca de dicho recurso. Esta situación estaría contraviniendo a la **RDE No 000334-2022- MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2022” en el numeral 6.6.2 Comunicación Digital dice que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad.**

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos presenciales que se brinda a las familias de los niños (as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Se realicen las gestiones pertinentes para que se entregue de manera oportuna el Kit de aprendizaje para la familia usuaria, a fin de fortalecer a las mismas en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños.
- Mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas del punto crítico e informarlas acciones implementadas, además de resolver en el plazo establecido según la ruta de emisión de alertas.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 04 Folios)

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-179-2022-IQU-C (03 Folios)



ANEXO

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL LORETO AZUROS**

**VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)** *CSO 0025-2023-014/14*  
**FAMILIA (FAMIASAF) PRESENCIAL** *CO060 N° V-179-2022-IBU-C*

Teléfono Regional: 947161158  
 Teléfono Nacional: 901864088

**FORMA DE APLICACIÓN**  
 (A) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA  
 (B) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA  
 (C) Vigilancia Presencial  
 (D) Vigilancia NO Presencial

**OBJETIVO GENERAL:** Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FOM  
**INDICADORES:** El Visitador/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta FICHA a una familia inscrita en el Servicio de Acompañamiento a Familias del programa COMA BIAS  
 El Visitador/Vigilante se presentará ante el colaborador principal, padre o tutor de la familia, le explicará el objetivo de la aplicación y luego le indicará la siguiente información:  
 El Visitador/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la información según se está presente en la FICHA de Vigilancia  
 En toda la FICHA tomar en cuenta esta LETENIDA: → MSNR-No sabe, no responde NA-No aplica

1. FECHA INICIAL de la Vigilancia: *19.11.22* 2. HORA INICIAL de la Vigilancia: *3.00 pm.*

3. DNI del Colaborador Principal: *72786601* 4. NOMBRE Y APELLIDOS: *Delia Milena Abdo Prindo*

5. DEPARTAMENTO: *Loreto* 6. PROVINCIA: *Morona*

7. DISTRITO: *Las Amozonas.* 8. CDP/Barrio/Dirección: *Yancachi - Calle Loreto.*

9. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: *Juacos por Niños.*

10. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:  Esposo  Cuñado  Amigo/a  Hermano/a  Otro

11. IDIOMA que usa más frecuentemente:  Español  Quechua  Aymara  Asháninka  Nahuatl  Otro

12. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO/A (E) Verifique PRESENTA al Colaborador Principal del Hogar sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos  
 (F) En su hogar, (G) Cuántos niños/as son usuarios del Programa Coma Bias: *01*  
 Luego especificar 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	
	(F)	(G)	(F)	(G)	(F)	(G)
13. Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
14. Precisa la edad de los niños/as usuarios del Programa (en meses)	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
15. Precisa el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
16. ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
17. ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ERSIS, UGSS, etc.)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
18. ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI
19. ¿Sus niños/as usuarios en que fecha se realizaron el último control CIEPO (Mes y Año)?	<input checked="" type="checkbox"/> 02/12	<input checked="" type="checkbox"/> NA	<input checked="" type="checkbox"/> 02/12	<input checked="" type="checkbox"/> NA	<input checked="" type="checkbox"/> 02/12	<input checked="" type="checkbox"/> NA
20. ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
21. ¿Sus niños/as usuarios completan el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
22. ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, esta año?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
23. ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

13. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y ADECUADAS PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PREOCUPACIONES SOBRE EL SERVICIO DE COMA BIAS

24. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?  
 NO  SI *24.1* Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?

25. ¿Usted conoce el nombre de los facilitadores del programa Coma Bias?  
 NO  SI *25.1* Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?

26. ¿Usted conoce el nombre de los facilitadores del programa Coma Bias?  
 NO  SI *26.1* Si marca SI, diga su nombre: *Carmen Ruiz Alfonso.*

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE DE 36 MESES (E) Verifique PREGUNTA al Colaborador Principal del Hogar

27. ¿El mes pasado ¿El facilitador realizó visitas a su hogar para orientarlo sobre el cuidado de su niño/a?  
 NO  SI *27.1* Si marca NO, diga ¿Por qué?

28. ¿El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?  
*4 visitas* *28.1* Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

29. ¿El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador ha participado Usted en su hogar?  
*4 visitas* *29.1* Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

30. ¿El facilitador, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?  
 SI  NO *30.1* ¿El facilitador acuerda con la fecha y hora acordadas?  SI  NO

31. Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador  
 Día Mes Año *17-11-22.*

A partir de la pregunta 32 hasta la 33, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar:

32. ¿El facilitador le hablo acerca en la idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?  
 SI  NO *32.1* Si marca MENOS de 95, diga ¿Por qué?

33. ¿El facilitador cuánto tiempo permaneció en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)  
 NO  SI *33.1* Si marca MENOS de 95, diga ¿Por qué?

34. ¿El facilitador le orientó/practicó como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)? *34.1* Si marca SI, diga cuál cómo estuvo esta orientación.  SI  NO *34.2* Si marca SI, diga cómo estuvo esta orientación.  SI  NO

Página: *26*





COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

BOE REGIONAL LORETO QUITOS

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

Teléfono Regional: 942161156  
Teléfono Nacional: 951964589

FICHA DE VIGILANCIA  
FAMILIA USUARIA: 547-FRESEYCAI

CODIGO N°

V. TRANSPARENCIA Y MEJORA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor pregunta al Ciudadano Principal del Hogar)

	SI	NO	SI	NO
74.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)				
75.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.2 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75.3 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o esté de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generados

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generadas

78 FECHA FINAL de la entrevista: 14/11/22

79 HORA FINAL de la entrevista: 8:00 P.M.

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO 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:	72786601	DNI:	05302271	ZNI:	05340805
Nombre y Apellidos:	Dulce M. Abbe Pineda	Nombre y Apellidos:	Esteban Falcón Narvaez	Nombre y Apellidos:	EVA ROSA CARMONA DE CHU
Cargo:	Ciudadano Principal	Cargo:	Presidente CTIC	Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
Correo electrónico:		Correo electrónico:	estebanfalconnarvaez@gmail.com	Correo electrónico:	forsto.trive@pccp.gob.ec
Teléfono:	938857930	Teléfono:	938-439239	Teléfono:	942161156