

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

Chachapoyas, 20 de setiembre del 2023

OFICIO N°0105-2023-CTVC/AMAZONAS BAGUA

Señor:

WILIS ANTONIO TANTALEAN PIZARRO

Coordinador Territorial Amazonas

Programa Nacional Cuna Mas

Ciudad.-

Asunto: Se ALERTA tres (03) CASOS

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 siguiente caso. ¹

- **CASO N° 0069-2023-CTVC/BAG**
- **CASO N° 0071-2023-CTVC/BAG**
- **CASO N° 0070-2023-CTVC/BAG**

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos 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,



Ing. NANCY M. OCLOCHO MINCHAN
RESPONSABLE REGIONAL DEL COMITÉ DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS - BAGUA

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; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestran.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como CASO **PARCIALMENTE RESUELTO**.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas.

Jr. Santo Domingo N°604-2do Piso-Chachapoyas-Amazonas
(Local de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza)

Celular:942157610

correo electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / amazonas.1rrctvcperu@gmail.com

<http://www.ctvcperu.org.pe>

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Bagua: 942157610
Teléfono Nacional: 942160511

CASO

N°070-2023-CTVC/BAG

PROGRAMA SOCIAL: **CUNA MÁS** 1. FECHA DE REGISTRO: **22/08/2023**

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:

2. APELLIDOS NOMBRES: **MARILU CORREA CRUZ** 3. NÚMERO-DNI: **41268369**
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN: **COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE NUNYA JALCA** 5. CARGO: **PRESIDENTE**

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO

6. FECHA DE OCURRENCIA: **22/08/2023**
7. DEPARTAMENTO: **AMAZONAS** 8. PROVINCIA: **UTCUBAMBA**
9. DISTRITO: **BAGUA GRANDE** 10. CCPP/DIRECCIÓN: **NUNYA JALCA**
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: **SERVICIO DE CUIDADO DIURNO** 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?: **25828-NUNYA JALCA**
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: **24** 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: **01**

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

El día 22 de agosto de 2023, la señora Marilu Correa Cruz, presidente del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (CLTV) del centro poblado de Nunya Jalca, se presentó junto con los miembros del CLTV para llevar a cabo una vigilancia presencial de los servicios proporcionados por el Centro Infantil de Atención Integral (CIAI) Nunya Jalca. Durante esta visita, se completó la ficha de vigilancia V-189-2023-BAG-C y se identificó el siguiente punto crítico:

- 1. CIAI NO SE ENCUENTRA LIMPIO:** Durante la visita al CIAI, se identificó una situación preocupante relacionada con las mochilas de emergencia. Durante la revisión, se constató que el estante donde se encontraban estas mochilas estaba cubierto de polvo, y además se pudo verificar la presencia de un insecto, en este caso, una cucaracha. Esta situación podría constituir un incumplimiento de lo establecido en la RDE N°000338-2023-MIDIS/PNCM.. (**Ver Ficha de vigilancia y anexo 02 al 03**)

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se recomienda al programa social cumplir con lo establecido en la RDE N°000338-2023-MIDIS/PNCM de acuerdo al anexo 20: Limpieza y desinfección en los Centros Infantiles de Atención Integral del Programa Nacional Cuna Más
3. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN MENSUAL (PROFUNDA) DE AMBIENTES, MOBILIARIO Y JUGUETES DEL CIAI
Esta actividad consiste en la limpieza y desinfección mensual profunda, de los diversos ambientes, superficies, puertas, ventanas, paredes, techos, mobiliario, juguetes y materiales del CIAI, así como los espacios adyacentes de los Centros Infantiles de Atención Integral del Programa para asegurar el mantenimiento y la conservación del local. Esta actividad la realizan las/los actoras/es comunales responsables de apoyo de limpieza y vigilancia, con apoyo de las/los actoras/es comunales del SCD, Comité de Gestión y las familias organizadas.
- Se recomienda al programa social evaluar los puntos críticos y dar respuesta de las soluciones a este caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 01)

- Anexo 01:** Ficha de vigilancia V-189-2023-BAG-C
Anexo 02: Fotografía de Mueble del CIAI donde se ubican las mochilas de emergencia.
Anexo 03: Fotografías de la presencia de insecto (Cucaracha)



Lic. YURIA PELAEZ POCLIN
RESPONSABLE DE CAMPO DEL COMITE DE
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
AMAZONAS - BAGUA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

Teléfono Regional:	942157630	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° U-189-2023-BAG-C
Teléfono Nacional:	942160511	CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CIAI-PRESENCIAL	

<input type="checkbox"/> (a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	<input type="checkbox"/> (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
<input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia Presencial	<input type="checkbox"/> Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION 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 un Centro Infantil de Atención Integral-CIAI del Programa Cuna Más que esté brindando atención PRESENCIAL a los niños/as usuarios/as. El Veedor/Vigilante se presentará ante el encargado del CIAI, le explicará los objetivos de la Veeduría, y luego solicitará la participación de una Madre Cuidadora o una madre guía o una guía de familia que tenga experiencia en el funcionamiento del servicio para que brinde información que el veedor/vigilante solicite durante la acción de veeduría que realizará en dicho centro. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No Verificó NSNR=No sabe, no responde NA=No aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	22, 03, 2023	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	11:20
---	--	--------------	---	---------------------------------------	-------

I. DATOS GENERALES: identificación y ubicación del LOCAL DE CUNA MAS visitado y donde se aplica esta FICHA

3	CODIGO de CIAI:	25823	4	NOMBRE Local CIAI:	Mungu Telca
5	DEPARTAMENTO:	Amazonas	6	PROVINCIA:	Humboldt
7	DISTRITO:	Bajo Grande	8	CCP/Dirrección:	Mungu Telca
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Rovitos de Luz	10	NOMBRE y APELLIDOS del encargado del CIAI:	Doris Torres Herrera
11	IDIOMA que predomina en la zona:	<input checked="" type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Quechua <input type="checkbox"/> Aymara <input type="checkbox"/> Asháninka <input type="checkbox"/> Awajún <input type="checkbox"/> 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 veeduría)			Descripción	
12	En este local se cumple el HORARIO DE ATENCIÓN del Servicio (de 8:00 de la mañana a 4:00 de la tarde).	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NV	si es "NO", diga HORA que INICIA: 08:00 HORA que TERMINA: 04:00
13	En este local el Servicio de Cuidado Diurno se brinda de LUNES a VIERNES	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NV	
14	En este local se utiliza un CUADERNO de OCURRENCIAS y/o CUADERNO de VISITAS	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NV	

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

ITEMS DE CONTROL		VALOR	ITEMS DE CONTROL		VALOR
15	Cantidad de niños/as INSCRITOS en Local de Cuidado Diurno	24	24	Cantidad de niños/as inscritos que tienen alguna DISCAPACIDAD	00
16	Cantidad de niños/as ASISTENTES el día de HOY (día de la visita/veeduría)	12	25	Cantidad de niños/as con INASISTENCIA INJUSTIFICADA el día de HOY (día de la visita/veeduría)	00
17	Cantidad de niños/as que tiene DNI (Documento Nacional de Identidad)	24	26	Cantidad de niños/as afiliados a algún SEGURO DE SALUD (SIS, EsSalud, otros)	24
18	Cantidad de niños/as que tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	24	27	Cantidad de niños/as que asistieron al Control CRED que les corresponde este año.	24
19	Cantidad de niños/as que recibieron la VACUNA que les corresponde este año:	24	28	Cantidad de niños que consumen SUPLEMENTO DE HIERRO (con y sin anemia)	02
20	Cantidad de niños/as que se realizaron el examen de HEMOGLOBINA, este año	20	29	Cantidad de niños/as con diagnóstico de ANEMIA	00
21	Cantidad de BEBES y/o GATEADORES (de 06 a 18 meses) inscritos:	04	30	Cantidad de Madres CUIDADORAS seleccionadas para BEBES y/o GATEADORES:	01
22	Cantidad de EXPLORADORES y/o CAMINANTES (de 19 a 36 meses) inscritos:	16	31	Cantidad de Madres CUIDADORAS seleccionadas para EXPLORADORES y/o CAMINANTES	02
23	Cantidad de Madres Cuidadoras con CERTIFICACIÓN DE SALUD (física-psicológica) VIGENTE (último 6 meses)	03	32	Cantidad de Madres CUIDADORAS que asistieron el día de la visita:	03

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

Teléfono Regional:	042157610	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-184-2023-BAG-C
Teléfono Nacional:	042160511	CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CIAI-PRESENCIAL	

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

Identificación de Actores Comunes Involucrados					Recibió Capacitación, Asistencia Técnica e Incentivos:																				
Cargo	Nombres y Apellidos	Fecha Nacimiento (d/m/a)	Grado Instrucción	Tiempo (en MESES) que participa como voluntaria	34.1 ¿El Comité de Gestión le paga puntualmente sus INCENTIVOS (pagos de colaboración)?			34.2 ¿Gozó de su PERIODO DE DESCANSO el año pasado (15 días por año)?			34.3 ¿Le han entregado su kit de implementos sanitarios?			34.4 ¿Le capacitaron en cómo entregar el suplemento con hierro a los niños a su cargo?			34.5 ¿Hicieron uso de los 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 los niños?		
					SI	NO	NS/NR	SI	NO	NA	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
a) Madre Cuidadora(BG)	Luz Amelia Vique Vique	27/04/93	5to Sec	10	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NA	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
b) Madre Cuidadora(EC)	Dilcy Yant Rhoda Guevara	21/01/86	5to Sec	10	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NA	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
c) Madre Guía					SI	NO	NS/NR	SI	NO	NA	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	NA	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR

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

35	Local está LEJOS de favela-precipicio-no-asequia-humedad-desagüe-simétrico-granja-fabrica-centra (100mts)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
36	Local tiene CERCO perimétrico	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
37	Local tiene paredes, techos, pisos en BUEN ESTADO (sin roturas, huecos ni festivos y no dejan pasar corrientes de aire ni agua)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
38	Local tiene puertas, ventanas en BUEN ESTADO (sin roturas ni resacas y no dejan pasar corrientes de aire ni agua)	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
39	Local tiene abastecimiento de AGUA proveniente de:	<input checked="" type="checkbox"/> Red pública de agua potable	b) Caño de uso público	c) Pozo	d) Río, acequia o manantial	e) Sistema	f) Otro (especifique):
40	El AGUA POTABLE de red pública está DISPONIBLE todo el día y todos los días que se brinda el Servicio de Cuidado Diurno	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
41	Los SERVICIOS HIGIENICOS del local están conectados a:	<input checked="" type="checkbox"/> Red pública de desagüe	b) Pozo séptico	c) Letrina	d) Pozo ciego	e) Río, acequia o canal	f) No tiene servicios higiénicos
41.1	Si el local no tiene servicios higiénicos diga dónde se eliminan los excrementos:						
42	Local tiene BAÑO para niños/as con agua/calentador PEQUEÑO con tapa	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
43	El baño para los niños/as está ubicado en un lugar ACCESIBLE y SEGURO	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
44	El baño para los niños/as guarda la debida PRIVACIDAD	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
45	Local tiene LAVADEROS PEQUEÑOS para los NIÑOS/AS	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
46	Local tiene servicio de LUZ ELÉCTRICA	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
47	Los CABLES eléctricos y lamaciones están protegidos-amparados cableados y lejos del alcance de los niños/as	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
48	Local tiene EXTINTOR con fecha de VENCIMIENTO VIGENTE	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
49	El extintor está BIEN UBICADO: en un pedestal o pared del local, accesible para adultos y lejos del alcance de los niños/as	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
50	Local tiene REJAS de PROTECCIÓN/seguridad en puerta de salida a la calle, puerta de acceso a cocina, escaleras, pozo de agua	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			
51	Local tiene BARRIZADAS las áreas de evacuación y áreas de protección en caso de sismo	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NV			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

Teléfono Regional:	942157510	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-184-2023-BAG-C
Teléfono Nacional:	342193511	CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CAI-PRESENCIAL	

Para responder las preguntas de 52 al 94, el Veedor debe una elegir una (01) Sala de Bebes y/o Gateadores (niños/as de 0 a 6 meses de edad) y una (01) Sala de Caminantes y Exploradores (niños/as de 18 a 36 meses)			
52	Cuántas SALAS para niños/as están en el Local de Cuidado Diurno:	01	
53	ESPACIOS HABILITADOS EN EL LOCAL: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:	SALA BEBES y/o GATEADORES	SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES
			Descripción
53.1	La sala tiene un "Espacio de juego" donde los niños/as gran, rampen, se anastran, gatean, caminan	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.2	La sala tiene un "Espacio de descanso" donde los niños/as duermen o descansan en cunas o colchonetas	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
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	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.4	La sala tiene un "Espacio de alimentación" para el consumo de alimentos de los niños/as	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.5	La Sala tiene un "Espacio de biblioteca" con portacuentos, cuentos, láminas, cojines, fíteres	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.6	La sala tiene un panel informativo	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.6.1	El panel informativo tiene la programación de menús del mes en el CIAI	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
53.6.2	El panel informativo tiene la Ficha de Seguimiento Diario de las niñas/os usuarios del CIAI	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
B) COMPONENTES PRIORIZADOS: El Veedor elige una (01) Sala de Bebes y/o Gateadores (niños/as de 0 a 6 meses de edad) y una (01) Sala de Exploradores (niños/as de 18 a 36 meses)			
A)	COMPONENTE NUTRICIÓN: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:	SALA BEBES y/o GATEADORES	SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES
			Descripción
54	El lugar donde los niños/as consumen sus alimentos está LIMPIO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
55	Los alimentos preparados para los niños/as son LOS MISMOS que están provistos en la PROGRAMACION de MENUS para este día	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV
56	Los alimentos son repartidos (servidos) en envases LIMPIOS, con TAPA y en BUEN ESTADO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV
57	La Madre Cuidadora brinda el SUPLENTO DE HIERRO (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes) a TODOS los niños/as	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV
58	La Madre Cuidadora brinda el refrigerio de media mañana en horario establecido (máximo a las 10:00 am)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NV
59	La Madre Cuidadora brinda el almuerzo en horario establecido (máximo a las 12:30 pm)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
60	La Madre Cuidadora brinda el refrigerio a media tarde en horario establecido (máximo a las 2:30 pm)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
61	La Madre Cuidadora AYUDA con afecto a los niños/as grandes(juniores) a SENTARSE, USAR cubiertos y MASTICAR bien la comida	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
62	La Madre Cuidadora CONVERSA con afecto y ANIMA a los niños/as a COMER y TERMINAR su ración SIN OBLIGARLOS	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
B)	COMPONENTE SALUD: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:	SALA BEBES y/o GATEADORES	SALA CAMINANTES y/o EXPLORADORES
			Descripción
63	Local de cuidado diurno se encuentra LIMPIO	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
64	El baño/retina/bacines se encuentran LIMPIOS y ORDENADOS	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
65	El baño/retina/bacines se encuentran APARTADOS DE LAS SALAS donde los niños/as juegan, corren, discarcan, duermen	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
66	El baño/retina/bacines tienen TAPA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
67	Se usa AGUA SEGURA ya sea potable o tratada (una gota de lejía por litro de agua)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
68	Los DEPÓSITOS de agua segura TIENEN TAPA (baldes grandes y/o medianos)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV
69	Local tiene un KIT de ASEO PERSONAL, identificado por cada niño/a mayor de 18 meses (verificar: toalla, cepillo, peine)	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NV

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

Teléfono Regional:		942197618		FICHA DE VIGILANCIA			CODIGO N° U-189-2023-PAG-C		
Teléfono Nacional:		942193511		CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CAI-PRESENCIAL					
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 a 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 HIGIÉNICO (manos limpias, uñas cortas, cabello recogido y vestimenta limpia)	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
75	La Madre Cuidadora usa INDUMENTARIA COMPLETA y LIMPIA (mandil, 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 (dianas, tos, fiebre, irritabilidad, decaimiento, respiración rápida)	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
78	Hay niños/as con señales de haber sufrido algún ACCIDENTE (herida, 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 purificantes están LEJOS del alcance de los niños/as	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
81	Los ANIMALES DOMÉSTICOS (perros, gatos, cuyas, 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 MOCHILAS de Emergencia por cada Cuidadora (kit de primeros auxilios vigente, alimentos/bebida conservada vigente, frizado/coche)	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
84	Local tiene un DIRECTORIO Telefónico de Emergencias en un lugar visible	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
C)	COMPONENTE DESARROLLO Y APRENDIZAJE INFANTIL: El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda a CADA SALA:	SALA RESES 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 relata cuentos/historias o les canta a los niños/as	SI	NO	NV	SI	NO	NV		
92	La Madre Cuidadora acostaba 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 predominante de la zona al interactuar con los niños/as, tutores/padres	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		
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor VERIFICA/OBSERVA DIRECTAMENTE y marca una opción según corresponda)									
95	Todos las madres cuidadoras, madres guías, personal de Cuna Más usa doble mascarilla dentro del CAI	SI	NO	NV					
96	Todos las madres cuidadoras, madres guías, personal de Cuna Más usa constantemente la mascarilla dentro del CAI (cubre nariz y boca)	SI	NO	NV					
97	Todos 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 CAI se realiza manteniendo distanciamiento físico de 1,5 m entre las personas	SI	NO	NV					
99	En la entrada del CAI existen marcas en el piso que ayudan a guiar 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					

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA

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

Teléfono Regional:	542157616	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°	V-189-2023-BAG-
Teléfono Nacional:	542168511	CENTRO INFANTIL DE ATENCIÓN INTEGRAL-CIAI-PRESENCIAL		

16.1 Al ingresar al CIAI se ha habilitado un lugar para el lavado de manos	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	SI	NS/R
16.2 Al ingresar al CIAI las manos se lavan con agua	<input type="checkbox"/>	SI	NO	<input checked="" type="checkbox"/>

V. TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO: SI NO NS/R

103.1 ¿Es fácil encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

103.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

103.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

104 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)

104.1 ¿Algun 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?

104.2 ¿Algun 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?

104.3 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o salir de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?

105 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales

En el día, al momento de retirar los platos de emplatado en el comedor se observó la presencia de 1 insecto (cucaracha), así mismo se puede observar que el comedor no está limpio. También al momento de la vigilancia se observó la presencia de la AT Paola Katherine Vivas Agui.

Pág. 15 y 17 debe ser 20. Pág. 26 y 27 debe ser 20.

Pág. 14.

106 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales

Se recomienda realizar la limpieza y desinfección completa del local.

107 Fecha de la Vigilancia: *22.03.2023* Hora de inicio de la Vigilancia: *18:20*

DATOS DEL INFORMANTE RESPONSABLE QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO 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:	<i>46345859</i>	DNI:	<i>41268369</i>	DNI:	<i>41268369</i>
Nombres y Apellidos:	<i>ITALA JERONIMO VALLESOS</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Monte Conca Cruz</i>	Nombres y Apellidos:	<i>ING. YURIA DELA POOLIN</i>
Cargo:	<i>MADRE CUIDADANA</i>	Cargo:	<i>Presidente</i>	Cargo:	<i>RESPONSABLE DE CAMPO DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA AMAZONAS-BAGUA</i>
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono:	<i>961 50 9888</i>	Teléfono:	<i>937775370</i>	Teléfono:	

Anexo 02: Fotografía de Mueble del CIAI donde se ubican las mochilas de emergencia.



Anexo 03: Fotografías de la presencia de insecto (Cucaracha)

