

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Iquitos, 30 de Noviembre de 2021

**OFICIO N°030-2021-CTVC/LORETO IQUITOS**

Señor (a)

**Rómulo De Vivanco Valcárcel**

Jefe de la Unidad Territorial – Loreto

Programa Nacional CUNA MÁS

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA siete (7) 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° 070-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 071-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 072-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 073--2021-CTVC/IQU
- CASO N° 074-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 075-2021-CTVC/IQU
- CASO N° 076-2021-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

comunicado - por escrito -, manifestar:

- 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

**Resuelto** es aquel que el Programa le ha

Calle Morona 7ma. Cdra., Urb. Jardín N° 34 – Iquitos

Teléfono: (01) 422 6900, Celular: 942161156

Correo Electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [loreto.1rrctvcperu@gmail.com](mailto:loreto.1rrctvcperu@gmail.com)

Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

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

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**

**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. IQUITOS: (#)942161156  
Telf. LIMA: (#)951864589

## CASO

N° 072-2021-CTVC/IQU

|                                                                 |                                                |                                            |                               |
|-----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                | CUNA MÁS                                       | 1. FECHA DE REGISTRO:                      | 05/11/2021                    |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>                     |                                                |                                            |                               |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                           | GAVIRIA GARCIA DARWIN                          | 3. NÚMERO-DNI:                             | 40680530                      |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                     | COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA | 5. CARGO:                                  | RESPONSABLE DE CAMPO          |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>                             |                                                | 6. FECHA DE OCURRENCIA:                    | 05/11/2021                    |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                | LORETO                                         | 8. PROVINCIA:                              | MAYNAS                        |
| 9. DISTRITO:                                                    | IQUITOS                                        | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                        | MICAELA BASTIDAS              |
| 11. PROCESO:                                                    | SERVICIO DE CUIDADO DIURNO                     | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE ATENCIÓN? | 45928483 – 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 05/11/2021 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios No Presenciales del PNCM, se entrevistó a la Señora Cinthia Margarita Gonzales Paredes, con DNI N° 45928483, madre del menor de iniciales J.R.V.G., usuario del Programa; recogiendo información mediante Ficha de Vigilancia N° V-185-2021-IQU-C, donde se registró los siguientes puntos críticos:

- PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE DESARROLLO INFANTIL TEMPRANO.** La Madre del usuario manifestó que solamente le entregaron una bolsa de juguetes y un juego de esferas que corresponde al Kit de Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT: 2 juguetes + 2 cuentos), hecho que limitaría la promoción del juego y aprendizaje infantil dentro del período de atención no presencial, tal como lo señala el numeral 5.7.1. Kit del Desarrollo Infantil Temprano (Kit DIT) de la RDE 766-2021-MIDIS/PNCM-DE Prestación de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más en Contextos No Presenciales.
- HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".** Hogar manifiesta desconocer/no haber hecho uso, de/ los contenidos audiovisuales especializados que tiene el programa para promover de manera significativa y entretenida, en sus hogares usuarios, los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Esta situación podría contravenir la RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021" en el punto 6.6.2 donde indica 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. Asimismo, en la RDE 0766-2021-MIDIS/PNCM en el 5.3.2. a) Actividades del Acompañamiento Familiar No Presencial señala que las acciones de información y orientación se realizan con la utilización de medios digitales, para lo cual el uso de la plataforma contribuiría de manera importante.

Cabe mencionar que la usuaria cuenta con equipo celular de gama media/alta y en el lugar donde vive hay cobertura de internet.

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Que el Programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la RDE 0912-2021-MIDIS/PNCM, en los numerales:  
4.3. Modelo de Cogestión:

4.3.2. Propósito de Modelo de Cogestión: "Fortalecer las capacidades de los integrantes de las Juntas Directivas de los Comités de Gestión y demás actores para la cogestión de los servicios del PNCM.

4.4. Organización para Cogestión de los Servicios.

4.4.3 Junta Directiva

4.4.3.1 Responsabilidades de la Junta Directiva:

Inciso a) Elaborar y ejecutar un cronograma de trabajo orientado a la organización y funcionamiento de los servicios, con asistencia técnica del equipo técnico de la Unidad Territorial

Inciso i) Informar a las autoridades locales, organizaciones de base, líderes, lideresas y familias de la comunidad en sus reuniones (Asambleas Comunales, o Comunales Cabildos, faenas y otros) sobre el funcionamiento de los Servicios y la situación de las usuarias y los usuarios. Realizar por lo menos 2 veces en el año la rendición de cuentas de su gestión.

- Se solicita al Programa Cuna Más, reforzar la asistencia técnica dirigida a los integrantes del Comité de Gestión, sobre las normativas actualizadas, de tal manera que se pueda garantizar un eficiente desarrollo de sus funciones.
- Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de emisión de alertas y comunicar al CTVC.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-185-2021-IQU-C (01 FOLIO)



# ANEXO

| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|--------------------------------|
| Teléfono Regional: 942161156<br>Teléfono Nacional: 951864589                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | FICHA DE VIGILANCIA<br>HOGAR USUARIO-SCD-CUNA MÁS |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  | CODIGO N° V-185-2021-IQU-C             |                                                                                              |                                           |                                |
| SEDE REGIONAL LORETO IQUITOS                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad<br>(si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la encuesta) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/>                                                                  |                                           |                                |
| 1                                                                                                                                                             | FECHA de la entrevista:                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   | 05/11/2021                                                                                                               |                                                                                                                                                       |  | 2                                      | HORA de la entrevista:                                                                       |                                           |                                |
|                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  | INICIAL 11:00                          | FINAL 11:30                                                                                  |                                           |                                |
| I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 3                                                                                                                                                             | DNI del Cuidador Principal:                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   | 45928483                                                                                                                 |                                                                                                                                                       |  | 4                                      | NOMBRE y APELLIDOS:                                                                          |                                           |                                |
| 5                                                                                                                                                             | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   | LORETO                                                                                                                   |                                                                                                                                                       |  | 6                                      | PROVINCIA:                                                                                   |                                           |                                |
| 7                                                                                                                                                             | DISTRITO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   | IQUITOS                                                                                                                  |                                                                                                                                                       |  | 8                                      | CCPP/Barrio/Dirección:                                                                       |                                           |                                |
| 9                                                                                                                                                             | PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   | a) Madre ( <input checked="" type="checkbox"/> ) b) Padre ( ) c) Otros ( ) Precise:                                      |                                                                                                                                                       |  | CINTHIA MARGARITA GONZALES PAREDES     |                                                                                              |                                           |                                |
| 10                                                                                                                                                            | LOCAL DE CUIDADO DIURNO al que pertenece:                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   | LC. MICAELA BASTIDAS                                                                                                     |                                                                                                                                                       |  | MAYNAS                                 |                                                                                              |                                           |                                |
| 11                                                                                                                                                            | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                   | MICAELA BASTIDAS                                                                                                         |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 12                                                                                                                                                            | IDIOMA que usa más (idioma predominante):                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   | a) Español ( <input checked="" type="checkbox"/> ) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros: |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 13                                                                                                                                                            | ¿Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 01                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 14                                                                                                                                                            | ¿Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 02 Meses: 10 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 15                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 15.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 16                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 17                                                                                                                                                            | ¿Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo? Niño 1: OCTUBRE Niño 2: Niño 3:                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 18                                                                                                                                                            | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 18.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 19                                                                                                                                                            | ¿A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 19.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 20                                                                                                                                                            | ¿A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 20.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 20.1                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 21                                                                                                                                                            | ¿Usted conoce el nombre del Actor Comunal (madre cuidadora o madre guía o guía de familia) que le brinda consejería?                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 21.1                                                                                                                                                          | Señale su nombre: CARMINIA MERCEDES ROMERO REATEGUI                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 22                                                                                                                                                            | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?                                                                                                                                                                                                              |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 22.1                                                                                                                                                          | ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 04                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 23                                                                                                                                                            | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 23.1                                                                                                                                                          | La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 23.2                                                                                                                                                          | ¿Cómo valora usted estas orientaciones:                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 23.2                                                                                                                                                          | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 24                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 24.1                                                                                                                                                          | a) Lactancia materna <input checked="" type="checkbox"/> b) Le doy hierro <input checked="" type="checkbox"/> c) Lavado de manos <input checked="" type="checkbox"/> d) Le doy agua hervida o clorada <input checked="" type="checkbox"/> e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas <input checked="" type="checkbox"/> f) Otros       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 24.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 25                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 25.1                                                                                                                                                          | a) Antes de preparar los alimentos <input checked="" type="checkbox"/> b) Antes de comer <input checked="" type="checkbox"/> c) Después de ir al baño <input checked="" type="checkbox"/> d) Después de cambiar el pañal <input checked="" type="checkbox"/> e) Antes de cambiar al bebé <input checked="" type="checkbox"/> f) Otros |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 25.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 26                                                                                                                                                            | Por favor, diga usted día a su niño/a agua hervida o clorada?                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 27                                                                                                                                                            | El mes pasado, ¿recibió la canasta de alimentos de parte del Comité de Gestión de Cuna Más?                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 27.1                                                                                                                                                          | Por favor, diga usted qué alimentos contiene la última canasta que el programa le entregó:                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 27.1                                                                                                                                                          | Alimento 1 LECHE Alimento 2 AVENA Alimento 3 ACEITE Alimento 4 FILETE DE ATUN Alimento 5 ARROZ                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 27.1                                                                                                                                                          | Alimento 6 ARVEJAS Alimento 7 HARINA DE PLATANO Alimento 8 HARINA DE TRIGO Alimento 9 Alimento 10                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 27.2                                                                                                                                                          | ¿Cómo valora usted estos alimentos entregados:                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 27.2                                                                                                                                                          | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 27.3                                                                                                                                                          | ¿Qué recomendaría usted para que los alimentos de la Canasta mejoren?: QUE ENTREGUEN HIGADO                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 28                                                                                                                                                            | El mes pasado usted, ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input checked="" type="checkbox"/>                                                       | NO <input type="checkbox"/>               | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 28.1                                                                                                                                                          | ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 28.1                                                                                                                                                          | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 29                                                                                                                                                            | ¿A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a? 01 BOLSA DE JUGUETES y 01 JUEGO DE BOLAS                                                                                                                                                                     |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 29.1                                                                                                                                                          | ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 29.1                                                                                                                                                          | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 29.2                                                                                                                                                          | ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 29.2                                                                                                                                                          | QUE ENTREGUEN COMPLETOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 30                                                                                                                                                            | ¿Cómo valora usted el trato del madre cuidadora/madre guía durante las consejerías?:                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/>                                                | Bueno <input checked="" type="checkbox"/> | Malo <input type="checkbox"/>  |
| 31                                                                                                                                                            | ¿Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?                                                                                                                                                                                                   |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 31                                                                                                                                                            | SI <input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> NS/NR <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 32                                                                                                                                                            | ¿Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 32.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 32.1                                                                                                                                                          | Muy Bueno <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 32.2                                                                                                                                                          | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos: NO FUE COMENTADA POR EL ACTOR COMUNAL                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 33                                                                                                                                                            | En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 33                                                                                                                                                            | a) Lavado de manos ( <input checked="" type="checkbox"/> ) b) Uso de mascarilla ( <input checked="" type="checkbox"/> ) c) Distanciamiento-1.5metros ( <input checked="" type="checkbox"/> ) Ninguna ( ) Otros                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 34                                                                                                                                                            | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( <input checked="" type="checkbox"/> ) c) Ninguna ( ) |                                           |                                |
| 34.1                                                                                                                                                          | Si la respuesta es Ninguna, diga por qué                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 35                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input type="checkbox"/>                                                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/>    | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 36                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input type="checkbox"/>                                                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/>    | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 37                                                                                                                                                            | ¿La madre cuidadora/madre guía le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        | SI <input type="checkbox"/>                                                                  | NO <input checked="" type="checkbox"/>    | NS/NR <input type="checkbox"/> |
| 38                                                                                                                                                            | OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| 39                                                                                                                                                            | RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          |                                                                                                                                                       |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO<br>DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL<br>DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA<br>QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          | Nombres y Apellidos:                                                                                                                                  |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| DNI:                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          | DNI:                                                                                                                                                  |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| Cargo:                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          | Cargo:                                                                                                                                                |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |
| Correo electrónico:                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                   |                                                                                                                          | Correo electrónico:                                                                                                                                   |  |                                        |                                                                                              |                                           |                                |