

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

Ayacucho, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 002-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Sandro Rogelio Martínez Aronés
Coordinador Territorial – Ayacucho
Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA SIETE (07) CASOS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- CASO N° 007-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 008-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 009-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 010-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 011-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 012-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 013-2023-CTVC/AYA

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,



Luis Cancho Cuba
Responsable Regional

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. U.T. AYACUCHO: 994431963 Telf. SEDE LIMA : 942160511		CASO	N° 012-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	07/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	ALFARO RAMOS VLADIMIR	3. NÚMERO-DNI:	40278883	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	07/12/2022	
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	SUCRE	
9. DISTRITO:	CHALCOS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	ANEXO CCOCHANCCAY	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	70109738-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 hogar usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

Mediante la Ficha de Vigilancia V-316-2022-AYA-C se realizó la entrevista al usuario del Comité de Gestión YACHAYKACHILLAWAY, donde se registró el siguiente punto crítico:

1. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL"**. Durante la entrevista a la señora Yaneth Vidalina Sánchez Sais, madre y cuidadora principal del usuario, manifestó ante esta pregunta que no puede utilizar la plataforma "Cuna Mas Digital" debido a que la calidad de señal de internet para su celular en su localidad no es buena, por lo que pide al programa generar otros medios que le permita acceder a esta información de importancia; lo expresado limitaría lo señalando el numeral 3.1 *Estrategia Comunicacional* de la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE "Plan de Comunicaciones 2022", que en uno de sus puntos indica "Es necesario reforzar en las y los acompañantes técnicos la importancia que tiene compartir el contenido, especialmente el que compone la multiplataforma Cuna Más Digital, a través de WhatsApp, tanto para las y los actores comunales voluntarios, como para las familias usuarias". Esto limitaría su difusión y uso de sus contenidos. (**Ver Ficha de Vigilancia**).

Cabe resaltar que la vigilancia se realizó vía llamada telefónica a la señora Yaneth Vidalina Sánchez Sais con DNI N° 70109738, en su calidad cuidadora principal del Comité de gestión Yachaykachillaway del Servicio de Acompañamiento a Familias.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE "Plan de Comunicaciones 2022".
- El programa Cuna Más haga llegar utilizando otros medios, según sea el caso y realidad de cada entorno; para que todos los hogares usuarios puedan acceder a las diferentes plataformas y herramientas con las que cuenta el programa, en este caso la plataforma Cuna Más Digital.

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

Ficha de Vigilancia V-316-2022-AYA-C. (04 folios).


VLADIMIR ALFARO RAMOS
Responsable de Campo - Equipo Técnico - Apurícan
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:	994431963	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-316-2022-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
(a) Vigilancia Presencial	(b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS.
 INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS
 El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información .
 El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	7/12/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	09:15
---	---------------------------------	-----------	---	--------------------------------	-------

I. DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

3	DNI del Cuidador/a Principal:	70109738	4	NOMBRE y APELLIDOS:	YANETH VIDALINA SANCHEZ SAIS
5	DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	6	PROVINCIA:	SUCRE
7	DISTRITO:	CHALCOS	8	CCPP/Barrio/Dirección:	ANEXO CCOCHANCCAY
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	YACHAYKACHILLAWAY			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario	(a) Padre (b) Madre (c) Otro: _____			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____			

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)

12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más:	1	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:											
	SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1			NIÑO/A 2			NIÑO/A 3			OBSERVACIONES			
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	BENJAMIN												
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	11												
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)			
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	9	22	NS/NR	NA	Mes	Año	NS/NR	NA	Mes	Año	NS/NR	NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca SÍ, diga ¿Por qué?:

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS

24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	24.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	Para que estén sanos
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	25.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	Para que tengan distracción
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26.1	Si marca SÍ, diga su nombre:	Remigia

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:	994431963	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-316-2022-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL				

27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niños/a?	SI	NO	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 53				
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?		4		28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:					
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?		4		29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:					
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	5	12	22							

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR								
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)		60		33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:						
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/NR	34.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/balde con caño, jabón, toalla limpia o similar ?	SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:	cuentos, cubos logicos					
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:		994431963	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-316-2022-AYA-C						
Teléfono Nacional:		942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL										
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?			SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?			Mas tiempo de juego									
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?			SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 54 :					
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a)	Una sonaja	(d)	Un juego de almohadita	(g)	Un juego de vasos lógicos	(j)	Un rompecabezas				
		(b)	Una pelota	(e)	Un juego de animales de plástico	(h)	Un aro para ensartar	(k)	Otro: _____				
		(c)	Dos cuentos	(f)	Un juego de alimentos	(i)	Un títere de tela						
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a)	Un camión	(c)	Un muñeco de tela	(e)	Un juego de vasos lógicos	(g)	Una manta de algodón o polar o alfombra de tela				
		(b)	Una pelota	(d)	Un juego de enhebrados	(f)	Un juego de bloques lógicos	(h)	Otro: _____				
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:						Excelente	Bueno	Acceptable	Regu	Malo	NS/NR	
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?			Dar otros materiales									
B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)													
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? mi hijo tiene 11 meses y pase a la pregunta 66					
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 66					
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?			SI	NO	NS/NR	57.1						
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS:)						58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?:					
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	59.1						
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	60.1						
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?			SI	NO	NS/NR	61.1						
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	62.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó: _____					
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	63.1	Si marca NO; diga ¿Por qué?:					
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?			SI	NO	NS/NR	64.1	Si marca NO; diga ¿Por qué?:					
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?												
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)													
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?			SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO; diga ¿Por qué?: No recuerda exactamente si le comentaron de esta plataforma					
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?			SI	NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 68:					
67.2	Si marca Sí ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:						Excelente	Bueno	Acceptable	Regu	Malo	NS/NR	
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?												
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)													
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?			SI	NO	NS/NR							
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?			SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 70 :						
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido			(a)	Un jabón líquido con dispensador	(c)	Cuatro mascarillas respiradores KN95	(e)	Otro: _____			NS/NR	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:	994431963	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-316-2022-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

		(b) Un papel toalla por rollo	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales						
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?:			Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	QUE NOS DEN, COMO ANTES							
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?						SI	NO	NS/NR
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?						SI	NO	NS/NR
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?						SI	NO	NS/NR
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización?						SI	NO	NS/NR

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

74	TRANSPARENCIA								
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)								
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?						SI	NO	NS/NR

76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales								
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales								

78	FECHA FINAL de la entrevista:	7/12/2022	79	HORA FINAL de la entrevista:	09:30
----	-------------------------------	-----------	----	------------------------------	-------

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	70109738	DNI:	40278883	DNI:	40278883
Nombres y Apellidos:	YANETH VIDALINA SANCHEZ SAIS	Nombres y Apellidos:	VLADIMIR ALFARO RAMOS	Nombres y Apellidos:	VLADIMIR ALFARO RAMOS
Cargo:	CUIDADOR PRINCIPAL	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO
Correo electrónico:		Correo electrónico:	ayacucho.2rctvcperu@gmail.com	Correo electrónico:	ayacucho.2rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	927221556	Teléfono:	994431963	Teléfono:	994431963