

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

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

Ayacucho, 27 de febrero de 2023

OFICIO N° 021-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Sandro Rogelio Martínez Aronés

Coordinador Territorial – Ayacucho

Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA TRES (03) CASOS.

De mi mayor consideración:

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

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

- CASO N° 014-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 015-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 016-2023-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: 942155687 Telf. SEDE LIMA : 942160511	CASO	N° 014-2023-CTVC/AYA
---	------	----------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	25/01/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	FLORES CHALCO ANA CECILIA	3. NÚMERO-DNI:	42066009
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	25/01/2023
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	SUCRE
9. DISTRITO:	MORCOLLA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JR SAN MARTIN S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	44320311-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 hogar usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	04 Puntos Críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con el acompañamiento del señor Luis Cancho Cuba, miembro del equipo técnico del Comité, recogió la Ficha de Vigilancia V-003-2023-AYA-C con la cual se realizó la visita al hogar usuario del Comité de Gestión YACHAYKACHILLAWAY, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista al hogar de la señora Maritza Rojas Huataquispe, madre y cuidadora principal del usuario, manifestó que desde el fallecimiento de la facilitadora anterior (en el mes de setiembre del 2022) no habría recibido visitas por la facilitadora del programa, y que la facilitadora actual únicamente se habría apersonado a su vivienda entre el 09 o 10 de enero para hacerle entrega de un paquete de galleta y una botella de agua personal; lo manifestado incumpliría lo dispuesto en el numeral 4.2.4 *Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”, que señala que “Durante la gestación y desde el nacimiento hasta los 36 meses: Cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales”. Lo que limitaría al logro de los objetivos que busca el servicio. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Asimismo se le consultó sobre la entrega del Kit de materiales de aprendiza/Kit de Desarrollo Infantil Temprano, a lo cual la señora Maritza Rojas manifestó que el programa le durante el año 2022 y los primeros veinticinco días del año 2023 no le ha entregado ningún material del kit de aprendizaje, precisar que el menor tiene al momento de la entrevista tiene trece (13) meses de edad; señalar que lo manifestado incumpliría lo indicado en el literal b del numeral 4.2.3 *Material/recursos a ser utilizados* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”, que señala en el punto *Kit de materiales para las Familias* que “Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante. Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit (...). Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación”. Mencionar que en el Anexo N° 08 (Kit de materiales para las Familias) de la norma señala que la niña y niño de 0 a 18 meses recibe un Kit de 10 tipos de materiales. Señaló también que para compensar la falta de materiales para la estimulación de su hija ha tenido que adquirirlos con su propio peculio para que no se perjudique la menor. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

3. **PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.** También refirió que en el último mes no habría sido comunicada por su facilitadora sobre la realización de la sesión de socialización; lo manifestado incumpliría lo dispuesto en el numeral 4.2.4 *Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*”, que señala que las “Sesiones de Socialización: Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso”, lo que limitaría al logro de los objetivos que busca el servicio. (**Ver Ficha de Vigilancia**).
4. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Sobre la consulta de la plataforma “Cuna Más Digital”, manifestó que no se habrían indicado sobre la existencia de la plataforma “Cuna Mas digital” y tampoco haber recibido información por el programa o facilitadora sobre este recurso; 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 estos contenidos. Señala que por iniciativa propia busca videos de estimulación para atender mejor a su hija (**Ver Ficha de Vigilancia**).
- Finalmente pide al programa que se capacite y asista a la facilitadora, a fin que ella pueda cumplir con sus visitas y atenciones que ofrece el programa, ya que la ausencia de la facilitadora estaría perjudicando al al desarrollo de su niña.

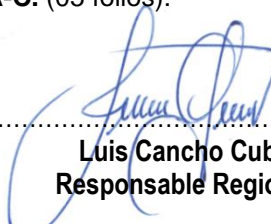
Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Maritza Rojas Huataquispe con DNI N° 44320311, en su calidad de madre y cuidadora principal del usuario del Comité de Gestión Yachaykachillaway del Servicio de Acompañamiento a Familias.


IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*” y la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Plan de Comunicaciones 2022*”.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice que las visitas domiciliarias al hogar usuario y la sesión de socialización se cumple el tiempo y frecuencia establecido, a fin que este contribuya al logro de los objetivos del servicio.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice que se promueva las prácticas de aprendizaje en el hogar usuario, a fin que este contribuya al logro de los objetivos del servicio.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice en la entrega del Kit de materiales para las Familias, a fin que este contribuya al logro de los objetivos del servicio.
- El programa Cuna Más presente y exponga a los hogares usuarios del Comité de Gestión 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: 05)

Ficha de Vigilancia V-003-2023-AYA-C. (05 folios).


Luis Cancho Cuba
Responsable Regional



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-003-2023-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:	25/01/2023	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	16:41
---	---------------------------------	------------	---	--------------------------------	-------

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

3	DNI del Cuidador/a Principal:	44320311	4	NOMBRE y APELLIDOS:	MARITZA ROJAS HUATAQUISPE
5	DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	6	PROVINCIA:	SUCRE
7	DISTRITO:	MORCOLLA	8	CCPP/Barrio/Dirección:	JR SAN MARTIN S/N
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)	ITZEL GABRIELA													
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	13													
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(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 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 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 marca NO, diga ¿Por qué?:				
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	8	1	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 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?:	MUY IMPORTANTE
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?:	APRENDE DE ESA FORMA
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:	MIRIAN

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-003-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)													
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?	DESDE INICIO DE ENERO A LA FECHA DE ENTREVISTA y pase a la pregunta 53						
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	0			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?	0			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	Día	Mes	Año									
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:)				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:							
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?:							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-003-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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?:					
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?										
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	NS/NR	NA				
		(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	NS/NR	NA				
		(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	Buend	Aceptable	Regu	Malo	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos 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? 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 niña/o 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 SE LE HA INFORMADO DEL MISMO, ELLA MISMA PARA ESTIMULAR A SU BEBE BUSCA VIDEOS SOBRE COMO CUIDAR A SU NIÑA EN EL YOUTUBE, PERO DESCONOCE LA EXITENCIA DE ESTOS VIDEOS DEL PROGRAMA					
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	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?										

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-003-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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 : LA ULTIMA VEZ FUE EN SETIEMBRE						
	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		
		(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	Regular	Malo	NS/NR
	69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?										
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?					NA	SI	NO	NS/NR		
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?					NA	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?					NA	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?					NA	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	<p style="color: red; font-weight: bold;">INDICA QUE EN EL MES DE ENERO HASTA LA FECHA DE LA ENTREVISTA LA FACILITADORA FUE A SU DOMICILIO ENTRE EL 09 O 10 DE ENERO UNICAMENTE PARA ENTREGARLE UN PAQUETE DE GALLETA Y AGUA EN BOTELLA PERSONAL (INDICA QUE NO LA HA VISITADO NADIE DESDE EL FALLECIMIENTO DE LA ANTERIOR FACILITADORA). TAMBIEN INDICA QUE DURANTE EL AÑO 2022 Y LOS DIAS QUE VAN DEL 2023 AUN NO SE LE ENTREGA NINGUN MATERIAL DEL KIT DE APRENDIZAJE, LO QUE LIMITA EL DESARROLLO DE LOS JUEGOS Y ACTIVIDADES DE SU NIÑA. PRECISAR QUE SU HOGAR HA INGRESADO EL AÑO PASADO Y QUE PARA MITIGAR LA FALTA DE MATERIALES HA TENIDO QUE ADQUIRIRLO CON SU PROPIO PECULIO. SOBRE LA SESION DE SOCIALIZACION INDICA QUE DESDE QUE INGRESO AL PROGRAMA AUN NO LOGRA PARTICIPAR, MENCIONA QUE LA FACILITADORA ANTERIOR (QUIEN DEJÓ EL SERVICIO POR SU SENSIBLE FALLECIMIENTO APROX A VEINTENA DE SETIEMBRE) LE INDICÓ QUE LA INVITARÍA, LO CUAL NO SE DIO POR SU FALLECIMIENTO; CON LA ACTUAL FACILITADORA AUN NO SE LE COMUNICA DE LA REALIZACION DE ESTA ACTIVIDAD (HABRÍA INGRESADO EN EL MES DE OCTUBRE) . SOLICITA QUE SE LA CAPACITE Y ASISTA A LA FACILITADORA POR EL PROGRAMA PARA QUE CUMPLA CON SUS VISITAS, YA QUE LA FALTA DE PRESENCIA ESTARÍA PERJUDICANDO A LA NIÑA</p>									
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales										

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-003-2023-AYA-C				
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL						
78	FECHA FINAL de la entrevista:	25/01/2023		79	HORA FINAL de la entrevista:	17:20		
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:	44320311	DNI:	42066009	DNI:	42277270			
Nombres y Apellidos:	MARITZA ROJAS HUATAQUISPE	Nombres y Apellidos:	ANA CECILIA FLORES CHALCO	Nombres y Apellidos:	LUIS CANCHO CUBA			
Cargo:	CUIDADORA PRINCIPAL	Cargo:	PRESIDENTE	Cargo:	RESPOSANBLE REGIONAL			
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	ayacucho.rrctvcperu@gmail.com			
Teléfono:	952272149	Teléfono:	945654283	Teléfono:	942155687			