

**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)<sup>1</sup>:

- 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



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

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

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

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. U.T. AYACUCHO: 942155687 Telf. SEDE LIMA : 942160511		CASO		N° 015-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	27/01/2023		
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>					
2. APELLIDOS NOMBRES:	FLORES CHALCO ANA CECILIA	3. NÚMERO-DNI:	42066009		
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE		
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>				6. FECHA DE OCURRENCIA:	27/01/2023
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	SUCRE		
9. DISTRITO:	MORCOLLA	10. CCP/DIRECCIÓN:	JR AYACUCHO S/N		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	41825045-CUIDADOR PRINCIPAL		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 hogar usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03 Puntos Críticos		
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>					

Con el acompañamiento del señor Luis Cancho Cuba, miembro del equipo técnico del Comité, recogió la Ficha de Vigilancia V-005-2023-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 Mercedes Ñahue Arotinco, madre y cuidadora principal del usuario, manifestó que el mes de octubre del 2022 fue la última vez que habría recibido visitas por la facilitadora del programa, añade que en esa visita la facilitadora se habría apersonado con su bebe y únicamente habría hecho que jueguen entre los niños, mencionándole que entre la última semana de octubre y primeras semanas de noviembre 2022 volvería -lo que no pasó-; 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 CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.** También refirió que en el mes agosto 2022 habría sido la última vez que la facilitadora del programa le habría invitado a participar en 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).**
  
3. **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. (Ver Ficha de Vigilancia).

Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Mercedes Ñahue Arotinco con DNI N° 41825045, 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 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: 04)

Ficha de Vigilancia V-005-2023-AYA-C. (04 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	<b>FICHA DE VIGILANCIA</b>	CODIGO N° V-005-2023-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:	27/01/2023	2 HORA INICIAL de la Vigilancia:	18:44
-----------------------------------	------------	----------------------------------	-------

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

3 DNI del Cuidador/a Principal:	41825045	4 NOMBRE y APELLIDOS:	MERCEDES ÑAHUE AROTINCO
5 DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	6 PROVINCIA:	SUCRE
7 DISTRITO:	MORCOLLA	8 CCPP/Barrio/Dirección:	JR AYACUCHO S/N
9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: <b>YACHAYKACHILLAWAY</b>			
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:											
	<b>SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO</b>	<b>NIÑO/A 1</b>			<b>NIÑO/A 2</b>			<b>NIÑO/A 3</b>			<b>OBSERVACIONES</b>		
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	ALDAIR GABRIEL VAL												
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	34												
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)	12	2022	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 SI, 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 ESTIMULEN A LOS NIÑSO
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?:	ES IMPORTANTE LOS JUEGOS Y CUENTOS PARA SU ESTIMULACION
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 MENDOZA QUINTANA
<b>A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)</b>						
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?				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?				29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:	

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

<b>Teléfono Regional:</b>		<b>942155687</b>		<b>FICHA DE VIGILANCIA</b>					<b>CODIGO N° V-005-2023-AYA-C</b>				
<b>Teléfono Nacional:</b>		<b>942160511</b>		<b>FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL</b>									
<b>30</b>	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la <b>fecha y hora</b> de las visitas a su hogar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>30.1</b>	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	<b>Siempre</b>	<b>Casi siempre</b>	<b>A veces</b>	<b>Nunca</b>	<b>NS/NR</b>		
<b>31</b>	Precise Usted la <b>fecha de la última visita</b> a su hogar, realizada por el facilitador/a	<b>Día</b>	<b>Mes</b>	<b>Año</b>									
<b>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:</b>													
<b>32</b>	¿El facilitador/a le habla/orienta en el <b>idioma</b> que usted más usa, durante la visita a su hogar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>									
<b>33</b>	¿El facilitador/a cuánto <b>tiempo</b> permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en <b>MINUTOS</b> .)				<b>33.1</b>	Si marca <b>MENOS</b> de 60, diga ¿Por qué?:							
<b>34</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>34.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>35</b>	¿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?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>35.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>36</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>36.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>37</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>37.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>38</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>38.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>39</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>39.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>40</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>40.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>41</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>41.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>42</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>42.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>43</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>43.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>44</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>44.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>45</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>45.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>46</b>	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>46.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga usted cómo valora esta orientación:	<b>Excelente</b>	<b>Bueno</b>	<b>Aceptable</b>	<b>Regula</b>	<b>Malo</b>	<b>NS/NR</b>	
<b>47</b>	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>47.1</b>	Si marca <b>SÍ</b> , diga algunos materiales que utilizó:							
<b>48</b>	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>48.1</b>	Si marca <b>NO</b> , diga ¿Por qué?:							
<b>49</b>	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>49.1</b>	Si marca <b>NO</b> , diga ¿Por qué?:							
<b>50</b>	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	<b>SI</b>	<b>NO</b>	<b>NS/NR</b>	<b>50.1</b>	Si marca <b>NO</b> , 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	<b>FICHA DE VIGILANCIA</b>	CODIGO N° V-005-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	<b>FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL</b>	

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; <b>pase a la pregunta 54:</b>					
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: CUENTO, MARACA						
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:					Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?	<b>QUE SE ENTREGUE OTROS MATERIALES PARA EL DESARROLLO MENTAL</b>									

<b>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)</b>											
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	<b>y pase a la pregunta 66</b>				
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	<b>y pase a la pregunta 66</b>				
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?										

<b>C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)</b>												
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?:	<b>DESCONOCÍA Y NO HA VISTO NINGUN VIDEO</b>					
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?:	<b>y pase a la pregunta 68:</b>					
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?											

<b>IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)</b>											
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; <b>pase a la pregunta 70: JULIO FUE LA ULTIMA VEZ QUE SE LE ENTREGÓ</b>						
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	Regula	Malo	NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?										

**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-005-2023-AYA-C				
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL						
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		
<b>EN SU UNICA VISITA NO HIZO PRACTICA DE ELLO</b>								
<b>V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)</b>								
74	<b>TRANSPARENCIA</b>							
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	<b>NEUTRALIDAD (Imparcialidad)</b>							
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	<b>OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales</b>							
<p>LA ULTIMA VEZ QUE VISITÓ SU HOGAR FUE EN OCTUBRE DEL 2022, DESDE ESE MOMENTO NO LA HA VUELTO A VISITAR. DURANTE ESA VISITA INDICA QUE HABRÍA LLEVADO A SU BEBE LA FACILITADORA HIZO QUE ENTRE ELLOS JUEGUEN Y LUEGO SE RETIRÓ. TAMBIEN INDICA QUE ENTRE AFINES DE OCTUBRE Y PRIMERAS SEMANAS DE NOVIEMBRE LA FACILITADORA LE COMUNICÓ QUE IRÍA A SU CASA, SIN EMBARGO, DESDE ESE MOMENTO HASTA LA FECHA AUN NO LA VISITA.</p> <p>INDICA QUE LA ULTIMITA SESION DE SOCIALIZACION QUE SE LA INVITÓ FUE EN AGOSTO DEL 2022 CON LA ANTERIOR FACILITADORA</p>								
77	<b>RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales</b>							
78	<b>FECHA FINAL de la entrevista:</b>		27/01/2023	79	<b>HORA FINAL de la entrevista:</b>			
						19:25		
<b>DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA</b>			<b>DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA</b>			<b>DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b>		
DNI:	41825045		DNI:	42066009		DNI:	42277270	
Nombres y Apellidos:	MERCEDES ÑAHUE AROTINCO		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:	<a href="mailto:ayacucho.rrctvcperu@gmail.com">ayacucho.rrctvcperu@gmail.com</a>	
Teléfono:	965165363		Teléfono:	945654283		Teléfono:	942155687	