

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

CARGO

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0008-2023-CTVC/ANCASH

Señora
NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO
Jefa de la Unidad Territorial Ancash
Programa Nacional Cuna Más



Presente.

Asunto : Se ALERTA diez (10) 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° 0020-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0021-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0022-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0023-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0024-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0025-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0026-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0027-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0028-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0029-2023-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,


Maritza Mallqui Agular
MARITZA MALLQUI AGULAR
Responsable Regional Equidad Territorial Ancash

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. de Ancash: 942154203
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0025-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	29/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	MALLQUI AGUILAR MARITZA	3. NÚMERO-DNI:	31660360
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE ANCASH	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. FECHA DE OCURRENCIA:	29/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	SIHUAS
9. DISTRITO:	SICSIBAMBA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SICSIBAMBA
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	71970952-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	02
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Más, se entrevistó telefónicamente a la Sra. Nancy Sesmila Mendoza Valverde, cuidadora principal de una familia usuaria del Comité de Gestión "Estrellas de Sicsibamba", evidenciándose los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA:** En la entrevista sostenida con la cuidadora principal (madre) indicó, que el programa a la fecha NO le ha entregado materiales educativos correspondiente al kit de Familia en el 2022, tampoco le informaron las razones, por lo que tiene dificultades para reforzar la aplicación de las prácticas de aprendizaje de su niña en casa. Situación que estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados, lo que a la letra indica "Kit de materiales para las Familia", su adquisición es de manera anual, que se debería considerar en la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación.

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL":** La cuidadora principal en la entrevista indicó NO tener conocimiento de este servicio, tampoco la facilitadora le ha compartido contenidos audiovisuales, le gustaría que le brinden información sobre los servicios que brinda la plataforma "Cuna Más Digital" ya que considera de suma importancia los conocimientos y las prácticas de cuidado.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar la entrega del Kit de Familia a este hogar a fin de que se cumpla con lo estipulado por el programa respecto al fortalecimiento de las distintas dimensiones del desarrollo infantil del niño usuaria del programa.
- Potenciar el uso de los medios digitales para la difusión de la multiplataforma "Cuna Más Digital" a través de los medios disponibles de manera que se promueva de manera significativa y entretenida en gestantes, madres, padres y cuidadores principales conocimientos prácticos para lograr una infancia saludable, segura y feliz.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

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

- 1.- Copia de la Ficha V-318-2022-ANC-C (04 folios).

Teléfono Regional: 942154203
 Teléfono Nacional: 945095602
 LISTA DE USUARIOS
 FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

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

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.
 INDICADORES: El Visitador/a de Control Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplica esta ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.
 El Visitador/a se presentará ante el cuidador/a principal (padre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.
 El Visitador/a deberá marcar con "X" la alternativa que mejor se ajuste a cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

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

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 27 / 11 / 2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 11:31

3 DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

4 DNI del Cuidador/a Principal: 91970952 4 NOMBRE Y APELLIDOS: Nancy Semilla, Hernandez Valverde

5 DEPARTAMENTO: ANCASH 6 PROVINCIA: Sihuas

7 DISTRITO: Sicabamba 8 CCP/Barrio/Dirección: Sicabamba

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Estrellas de Sicabamba

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria: (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

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

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?
 Más: Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES
	Nombre	Edad	Nombre	Edad	Nombre	Edad	
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios/as del Programa (sin apellidos)	Amara Tiquis	21					
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios/as del Programa (en meses)							
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios/as del Programa							
16 ¿Sus niños/as usuarios/as tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
17 ¿Sus niños/as usuarios/as están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
18 ¿Sus niños/as usuarios/as tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
19 ¿Sus niños/as usuarios/as en qué fecha se realizaron el último control (CRED)? (Mes y Año)	28	10	NS/NR				SI marca NO, diga ¿Por qué?
20 ¿Sus niños/as usuarios/as recibieron las vacunas que les corresponden?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21 ¿Sus niños/as usuarios/as consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22 ¿Sus niños/as usuarios/as se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23 ¿Sus niños/as usuarios/as tienen Anemia?	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/A 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? X NO NS/NR 24.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Quiero buena salud y sea inteligente

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses? X NO NS/NR 25.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? para que su niño/a no sea tímido y sea tímido

26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más? X NO NS/NR 26.1 SI marca SI, diga su nombre: Irma Reddan

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

		X		NO	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 53						
El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientar sobre el cuidado de su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR	
El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR	
El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?		Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR	
¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	30.1	Si el facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	
Preciso Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	21	1	2022							
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, preciese Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:															
¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	33.1	Si marca MENOS de 80, diga ¿Por qué?:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1	h.c.								
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	34.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/balde con jabón, jabón, toalla limpia o similar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	35.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	36.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	37.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	38.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	39.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	40.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	41.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	42.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	43.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	44.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	45.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que se sienta seguro, confianza y apego?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	46.1	Si marca 81, diga señal cómo veía esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	47.1	Si marca 81, diga algunos materiales que utilizó durante la visita:	materiales educativos, tarjetas, cuentos y otros juguetes					
¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
¿El facilitador le hizo llegar la 'Ficha de Visita Domiciliaria' como constancia de haber realizado la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						

Teléfono Regional: 942154233
Teléfono Nacional: 945095602ESTADO DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

		SI		NO		NS/NR		51.1		Si marca NO, diga ¿Por qué?					
		SI		NO		NS/NR		53.1		Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54.					
51	¿Usted está satisfechola con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	Ninguna													
52	¿Usted 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?														
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una soga	(d) Un juego de almofada	(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	NS/NR	NA				
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un libro de tela	(l) Otro	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manita de algodón o polar o alfombra de lana	NS/NR	NA				
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?	(b) Una pelota	(d) Un juego de eschtrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro					Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	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 SI, 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 satisfechola 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" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	No le informaron								
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 SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?														
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?														

