

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

*“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”*

Cusco, 23 de Marzo de 2023

**OFICIO N° 0071-2023-CTVC/CUSCO**

**Señora**

**MARIELA GAMARRA GUZMAN**

Jefe de la Unidad Territorial – Cusco

Programa Nacional Cuna Más

**Presente.**

**Asunto:** Se ALERTA (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° 0065-2023-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0066-2023-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0067-2023-CTVC/CUS**

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

  
**ELIAZER CUETO VERA CAMPOS**  
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TÉCNICO  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
CUSCO



<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

**Urbanización Mariscal Gamarra A-41 / II Etapa – Cusco (Local de la Mesa de Concertación para la Lucha  
Contra la Pobreza) Ref. Espaldas de la Parroquia Santísima Trinidad.**

**Teléfono: (84) 246521. Celular: 942157052**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cusco.rrctvcperu@gmail.com**

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

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**

Teléf. CUSCO: 942157052 Teléf. LIMA: 942160511		<b>CASO</b>		N° 0066-2023-CTVC/CUS	
<b>PROGRAMA SOCIAL:</b> CUNA MAS		<b>1. FECHA DE REGISTRO:</b>		01/03/2023	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>					
<b>2. APELLIDOS NOMBRES:</b> ORTEGA HUMALLA VICTOR		<b>3. NÚMERO-DNI:</b>		24283594	
<b>4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN:</b> COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE ACOMAYO		<b>5. CARGO:</b>		SECRETARIO	
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>				<b>6. FECHA DE OCURRENCIA:</b> 01/03/2023	
<b>7. DEPARTAMENTO:</b> CUSCO		<b>8. PROVINCIA:</b>		ACOMAYO	
<b>9. DISTRITO:</b> ACOMAYO		<b>10. CCPP/DIRECCIÓN:</b>		ACOMAYO- JESUS NAZARENO	
<b>11. PROCESO OPERATIVO/OBJETO DE VIGILANCIA:</b> GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		<b>12. DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?</b>		71516008-CUIDADOR PRINCIPAL	
<b>13. CANTIDAD DE AFECTADOS:</b> 01		<b>14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:</b>		02	
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>					

Durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del PNCM, el Sr. Victoriano Ortega Humalla, secretario del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Acomayo, realizó la entrevista a la Sra. Mariana Quispe Condori, madre del usuario del Programa Cuna Mas, mediante ficha de vigilancia V-027-2023-CUS-C, donde se ha identificado los siguientes puntos críticos que a continuación se detalla:

- 1. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista la Sra. Mariana Quispe Condori, Cuidador Principal del usuario del programa Cuna Mas manifestó no conocer la existencia de la plataforma "Cuna Mas digital" y tampoco recibió información acerca del dicho recurso. *Esta situación estaría contraviniendo RDE N°334-2022-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2022" en el numeral 2.5.2. Comunicación digital: Elaborar campañas, mensajes y contenidos gráficos o audiovisuales que promuevan los servicios del PNCM y las prácticas de desarrollo infantil a madres, padres y/o cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses.*
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCION A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada manifestó que desde el mes noviembre/2022 el programa Cuna Más NO le entregó el "Kit de higiene y protección". Por lo que esta situación estaría contraviniendo lo establecido en RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 5.4 Medidas de Protección Sanitaria en el Servicio de Acompañamiento a Familias e. Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que

contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. Periodicidad mensual.

#### **IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

- Se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la RDE N° 334-2022-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2022”
- Mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.

Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho

#### **V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (05))**

1. Ficha de Vigilancia V-028-2023-CUS-C (04 folio)
2. Fotografías de entrevista.



ROSKO ASCINA ARCONDO  
RESPONSABLE DE CAMPO DEL EQUIPO TÉCNICO  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
CUSCO

## Anexo 01: Ficha de Vigilancia

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
SEDE REGIONAL CUSCO			
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)			
Teléfono Regional:	942151602	<b>FICHA DE VIGILANCIA</b>	
Teléfono Nacional:	942160611	<b>FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL</b>	
		(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 FAMILIA CONPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplica esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el institución principal (escuela, jardín o aula) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le entregará esta ficha. 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 usar la siguiente LEYENDA: → NS/NR=NO sabe, (N) No responde, NA=No aplica			
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	01/03/23	2 HORA INICIAL de la Vigilancia:
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y dónde se aplica esta FICHA			
3	DNI del Cuidador/a Principal:	71516008	4 NOMBRE y APELLIDOS:
5	DEPARTAMENTO:	Cusco	6 PROVINCIA:
7	DISTRITO:	Acanayo	8 COPP/Barría/Dirección:
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece/Asocia:	Tomásino	
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	(a) Padre (b) Madre (c) Otro:	
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Améshga (f) Otro:	
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO/A (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niño/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)			
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as con usuarias/as del Programa Cuna Más?	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarias/os en la siguiente tabla:	
	SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2
13	Pregunte el nombre de sus niños/as usuarias/os del Programa (sin apellidos)	24 A.D.O.C.	
14	Pregunte la edad de sus niños/as usuarias/os del Programa (en meses)	24+3	
15	Pregunte el sexo de sus niños/as usuarias/os del Programa	(F) (M)	(F) (M)
16	¿Sus niños/as usuarias/os tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
17	¿Sus niños/as usuarias/os están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESALUD, otra)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
18	¿Sus niños/as usuarias/os tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
19	¿Sus niños/as usuarias/os en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	02-23 NS/NR NA	NS/NR NA
20	¿Sus niños/as usuarias/os recibieron las vacunas que les corresponde?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA
21	¿Sus niños/as usuarias/os consumen el Suplemento de Hierro?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA
22	¿Sus niños/as usuarias/os se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
23	¿Sus niños/as usuarias/os tienen Anemia?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR
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?	SI NO NS/NR	24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Cuida más
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 SI o NO, diga ¿Por qué? disfruta su
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI NO NS/NR	26.1 Si marca SI, diga su nombre: "Gris Velasco"
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 60 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 niño/a?	SI NO NS/NR	27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
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?

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional: 842157952  
 Teléfono Nacional: 842180311  
 FICHA DE VIGILANCIA  
 FAMILIA UNIDAD DAF-PRC REGIONAL  
 CODIGO N°: 027-2023-013-C

29. El hijo presentó (En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar? 4  
 30. El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?  NO NS/NR 30.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?  
 31. Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a 21/02/23  
 ¿El facilitador/a cumple con la Hora y Hora acordada? Siempre Casi Siempre A veces Nunca/Nadie

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/escucha en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?  NO NS/NR  
 33. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS) 15 33.1 Si marca MENOS de 40, diga ¿Por qué?  
 34. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y saludable)?  NO NS/NR 34.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 35. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua y jabón, hasta arriba o arriba?  NO NS/NR 35.1 Si marca 20, diga cómo usted lava esta orientación.  
 36. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia materna/alimentación complementaria)?  NO NS/NR 36.1 Si marca 20, diga cómo usted alimenta esta orientación.  
 37. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gomas o gólibo de micronutrientes)?  NO NS/NR 37.1 Si marca 20, diga cómo usted da esta orientación.  
 38. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control OÍDIO y Vacunas de su niño/a, según su edad?  NO NS/NR 38.1 Si marca 20, diga cómo usted asiste esta orientación.  
 39. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?  NO NS/NR 39.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 40. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpio, seguro y organizado los materiales educativos de su niño/a?  NO NS/NR 40.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 41. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proporcionar juguetes de acuerdo a su edad y según el medio que tiene su niño/a?  NO NS/NR 41.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 42. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y juegue libremente?  NO NS/NR 42.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 43. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo facilitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?  NO NS/NR 43.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 44. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarlo, escucharlo, hablarle/responderle, repetir o imitar)?  NO NS/NR 44.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 45. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantar, recitar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?  NO NS/NR 45.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 46. ¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindar afecto y cariño a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?  NO NS/NR 46.1 Si marca 20, diga cómo usted prepara esta orientación.  
 47. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?  NO NS/NR 47.1 Si marca 01, diga algunos materiales que utilizó.  
 48. ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?  NO NS/NR 48.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?  
 49. ¿El facilitador/a le hizo firmar la "Ficha de Visita Doméstica" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?  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?  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?  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 en "Kit de Materiales de Aprendizaje" / "Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?  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 15 meses de edad  
 (a) Una sonaja (d) Un juego de abstracción (g) Un juego de piezas lógicas (h) Un rompecabezas  
 (b) Una pelota (e) Un juego de animales de plástico (h) Un aro para ensartar (i) Otro: \_\_\_\_\_ NS/NR NA  
 (c) Dos cuentos (f) Un juego de alimentos (i) Un libro de tela

53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 15 a 36 meses de edad  
 (a) Un camión (e) Un muñeco de tela (j) Un juego de piezas lógicas (g) Una mesa de algodón o papel a diferentes de tela NS/NR NA  
 (b) Una pelota (f) Un juego de abstracción (j) Un juego de bloques lógicos (h) Otro: \_\_\_\_\_

53.3 ¿Cómo valore usted los materiales que le entregaron? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?

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

Teléfono Regional: 942157052

Teléfono Nacional: 942160511

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° *V-027-9827-CUS-C*

**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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	59.1									
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	60.1									
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	61.1									
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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? <i>+ preguntas</i>													

**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	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
67.2	Si marca SÍ ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?.						Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR										
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	<input checked="" type="checkbox"/>	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
	<i>desde noviembre no le dan</i>	(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	Buena	Aceptable	Regular	Mala	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR										
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	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?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR										

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CURCO

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

Teléfono Regional:	942157192	FICHA DE VIGILANCIA	CURCO N°1-027-2013-458
Teléfono Nacional:	942180111	FAMILIA USUARIA-SAF- PRESENCIAL	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (SE Veeoría PREGUNTA al Ciudadanía 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?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
74.2. ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
74.2. ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
75. NEUTRALIDAD (Imparcialidad)			
75.1. ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
75.1. ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
75.1. ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mila de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

76. OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales

77. RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales

78. FECHA FINAL de la entrevista: 01/03/2013      79. HORA FINAL de la entrevista: 8:10

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO 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:	71516088	DNI:	24283594	DNI:	40708810
Nombres y Apellidos:	Maria Mercedes Quispe	Nombres y Apellidos:	Victoriano Ortega Huamán	Nombres y Apellidos:	Rosio Rosita Aranda
Cargo:	Usuariaria	Cargo:	Secretaria	Cargo:	Wp. de campo
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	casio.rosita@pucma.org
Teléfono:	984383856	Teléfono:	940816600	Teléfono:	945091600

*ACA*

*[Signature]*

*[Signature]*

Anexo 02: Fotografías

