

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

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

Ayacucho, 19 de julio de 2023

OFICIO N° 123-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

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

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA DOS (02) 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° 134-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 135-2023-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° 135-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO: 25/05/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		EVANGELISTA PAYTAN NANCY ELIZABETH		3. NÚMERO-DNI: 70269152	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		5. CARGO: VICE PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 25/05/2023	
7. DEPARTAMENTO:		AYACUCHO		8. PROVINCIA: PAUCAR DEL SARA SARA	
9. DISTRITO:		SAN JAVIER DE ALPABAMBA		10. CCPP/DIRECCIÓN: SAN JAVIER	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA? 42794656-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01 hogar usuario		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02 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-164-2023-AYA-C con la cual se realizó la visita al hogar usuario del Comité de Gestión KUYAY WAWA, donde se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista a la señora Vanesa Huamaní Roca, madre y cuidadora principal del hogar usuario, manifestó a la consulta sobre la plataforma "Cuna Más Digital" que desconocería sobre este y los recursos que ofrece, pero recordó haber visto algún material audio visual; señalar que uno de los objetivos comunicacionales expresados en la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE "Plan de Comunicaciones 2022", indica que es la de "Difundir en las madres, padres y/o cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses la importancia del Desarrollo Infantil Temprano (DIT), con énfasis en las prácticas de desarrollo infantil como el apego seguro, juego, interacción y la suplementación de hierro y además, promover las recomendaciones y medidas preventivas contra el contagio del COVID-19." La escasa difusión hacia las usuarias sobre esta herramienta –que aún sigue en servicio–, podría considerarse como una pérdida de oportunidad para el hogar usuario al no tener acceso a sus contenidos o desconocer su utilidad. (Ver Ficha de Vigilancia).
- 2. ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE PRÁCTICAS DE APRENDIZAJE DURANTE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIA USUARIA.** Finalmente sobre las actividades que promueven las prácticas de aprendizaje, manifestó que algunas de las actividades consultadas no se vendrían orientando o puesto en práctica con la facilitadora, entre las cuales indicó: "Mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos", "El proponer/realizar juegos de acuerdo a la edad", "permitir/dejar que el niño explore y/o juegue libremente" y "Cómo felicitar al niño por sus logros alcanzados al jugar"; lo señalado contravendría lo señalado el numeral 6.2. La prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias - SAF de la RDE 303-2023-MIDIS/PNCM-DE "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", que señala en el punto Prácticas de aprendizaje que "Son acciones que realiza la familia en los momentos de cuidado y juego y que, a partir de la sensibilidad de la cuidadora o el cuidador, el vínculo con su niña o niño y su responsabilidad afectiva, este/a sintoniza con las necesidades de su niña o niño, las atiende y potencia las experiencias, el aprendizaje y se favorece el desarrollo de la niña y el niño. Estas prácticas son: a) comunicación, b) interacción y c) juego." Lo que limitaría al logro de los objetivos que busca el servicio. (Ver Ficha de Vigilancia).

Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Vanesa Huamaní Roca con DNI N° 42794656, en su calidad de madre y cuidadora principal del usuario del Comité de Gestión Kuyay Wawa del Servicio de Acompañamiento a Familias.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la 303-2023-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 difunda y socialice a los hogares usuarios, actores locales e integrantes del Comité de Gestión las diferentes plataformas y herramientas con las que cuenta el servicio, en este caso la plataforma Cuna Más Digital.
- 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 en beneficio del usuario.

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

Ficha de Vigilancia V-164-2023-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	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° <u>V-164-2023-AYA-C</u>
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
		☒ Vigilancia Presencial	☐ 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 MÁS.
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: <u>25/03/2023</u>	2 HORA INICIAL de la Vigilancia: <u>08:40</u>
---	---

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

3 DNI del Cuidador/a Principal: <u>42794656</u>	4 NOMBRE y APELLIDOS: <u>Vanessa Huamani Roca</u>
5 DEPARTAMENTO: <u>Ayacucho</u>	6 PROVINCIA: <u>Huancayo del Sara Sara</u>
7 DISTRITO: <u>San Javier de Alpujarra</u>	8 CCPP/Barrio/Dirección: <u>Plaza Principal</u>
9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: <u>Kuyay Waway</u>	
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? <u>01</u>	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
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	<u>Lionel</u>		
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	<u>10</u>		
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 NSNR	☐ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	☒ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	☒ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	<u>05/23</u> NSNR NA	<u>Verá</u> NSNR NA	<u>Verá</u> NSNR NA
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	☒ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	☒ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	☒ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA	☐ SI NO NSNR NA
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	☐ SI ☒ NO NSNR	☐ SI NO NSNR	☐ SI NO NSNR

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 NSNR	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? <u>Crecer y desarrollarse bien</u>
25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	☒ SI NO NSNR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	☒ SI NO NSNR	26.1	Si marca SI, diga su nombre: <u>Mary Huachaca Huamani</u>

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 niño/a?	☒ SI NO NSNR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 32
28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	<u>04</u>	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?	<u>04</u>	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 NSNR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? ☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca NSNR
31 Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	<u>18/03/23</u>		

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:

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

CODIGO N° V-164-2023-AYA-C

Teléfono Regional:		942155687	FICHA DE VIGILANCIA								
Teléfono Nacional:		942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL								
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	☒ SI	☐ NO	NSNR							
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	☒ SI	☐ NO	NSNR	60	33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:				
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	☒ SI	☐ NO	NSNR		34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/balde con café, jabón, toalla limpia o similar?	☒ SI	☐ NO	NSNR		35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	☒ SI	☐ NO	NSNR		36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	☒ SI	☐ NO	NSNR		37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	☒ SI	☐ NO	NSNR		38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
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	NSNR		39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	☒ SI	☐ NO	NSNR		40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
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	NSNR		41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	☒ SI	☐ NO	NSNR		42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	☒ SI	☐ NO	NSNR		43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	☒ SI	☐ NO	NSNR		44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	☒ SI	☐ NO	NSNR		45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
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	NSNR		46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:				
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	☒ SI	☐ NO	NSNR		47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:				
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	☒ SI	☐ NO	NSNR		48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:				
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	☒ SI	☐ NO	NSNR		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	NSNR		50.1	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-164-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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?	Nada					
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:	Recebo estos al servicio 2 meses
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 60 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de almohadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas		NS/NR
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro:		NA
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un tilero 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
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:		NA
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:	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? le indicó que aun no le corresponde y pase a la pregunta 65
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 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	¿Utilizó usted 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?:
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?:	Excelente Buena Aceptable Regular Mala NS/NR				
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?	que les manden al grupo WhatsApp para aprender y practicar				

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	☒ SI	☐ NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70:
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	(e) Otro:	NS/NR
		(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?				

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

CODIGO N° V-164-2023-DYA-C

Teléfono Regional: 942155687 FICHA DE VIGILANCIA
 Teléfono Nacional: 942160511 FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

- | | | ☒ | NO | NS/NR |
|----|---|-------------------------------------|----|-------|
| 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? | ☒ | NO | NS/NR |
| 71 | ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? | ☒ | 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? | ☒ | NO | NS/NR |
| 73 | ¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización? | ☒ | NO | NS/NR |

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

- | | | ☒ | NO | NS/NR |
|------|---|-------------------------------------|----|-------|
| 74 | TRANSPARENCIA | ☒ | NO | NS/NR |
| 74.1 | ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | ☒ | NO | NS/NR |
| 74.2 | ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | ☒ | NO | NS/NR |
| 74.3 | ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | ☒ | NO | NS/NR |
| 75 | NEUTRALIDAD (imparcialidad) | ☒ | NO | NS/NR |
| 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? | ☒ | 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? | ☒ | 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? | ☒ | NO | NS/NR |

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales

78 FECHA FINAL de la entrevista:

25 / 03 / 2023

79 HORA FINAL de la entrevista:

09:12

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORIA PRINCIPAL
 QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN
 DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA

DNI: 42794656
 Nombres y Apellidos: Vanessa Flor Huamani Roca
 Cargo: Usaria
 Correo electrónico: vanessaflorehuamani@gmail.com
 Teléfono: 973958168

DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL
 DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
 QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA

DNI: 70269152
 Nombres y Apellidos: Nancy Elizabeth Evangelista Taitan
 Cargo: Vicepresidenta
 Correo electrónico: elyevangelista@gmail.com
 Teléfono: 950205619

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: 70269152
 Nombres y Apellidos: Luis Cancho Cuba
 Cargo: Responsable Regional - Equipo Técnico - Ayacucho
 Correo electrónico: luis.cancho@ayacucho.gob.pe
 Teléfono: 950205619

LUIS CANCHO CUBA
 Responsable Regional - Equipo Técnico - Ayacucho
 COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA