Huánuco, 29 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0184-2022-CTVC/HUANUCO

Señora
JANINA FELICITAS VARGAS ROSAS
Jefe de Unidad Territorial
Programa Nacional Cuna Mas

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

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 siguiente CASO[1]:

- CASO N° 0140-2022-CTVC/HUA

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

_____
JUAN JOSE PARDAVE TREJO
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

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511	**CASO**	**N° 0140-2022-CTVC/HUA**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**16/11/2022**

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	**CALIXTO HUAYANAY SARA REBECA**	**3. NÚMERO-DNI:**	22884892
4.ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CHAVIN DE PARIARCA	**5. CARGO:**	SECRETARIA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**16/11/2022**
7. DEPARTAMENTO:	HUANUCO	**8. PROVINCIA:**	HUAMALIES	
9. DISTRITO:	CHAVIN DE PARIARCA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	SAN MARTIN	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	60408612-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos	

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):

El 16/11/2022, en el distrito de Chavín de Pariarca la Sra. Sara Rebeca Calixto Huayanay identificada con DNI N° 22884892, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Chavín de Pariarca, entrevistó a la Sra. Rebeca Ñieslhy Calixto Calixto identificada con DNI N° 60408612, cuidadora principal de la niña K.Y.T.C usuaria del Comité de Gestión "Niño Jesús II", Servicio de Acompañamiento a Familias del programa Cuna Más, registrándose la información en la Ficha de vigilancia N° V-239-2022-HUA-C, donde se identificó los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.-** En entrevista realizada a la Cuidadora Principal la Sra. Rebeca Ñieslhy Calixto Calixto, refirió que desde que su hogar fue afiliado al programa no se le habría entregado ningún material de aprendizaje (Kit de materiales de aprendizaje/Kit de materiales de Desarrollo Infantil Temprano) para su menor hija quien actualmente tiene 2 años y 10 meses de nacido. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE "Prestación del Servicio de/ Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más"** en el numeral 4.2 La prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados en el inciso b Material educativo para realizar las visitas domiciliarias a familias en Kit de materiales para las familias, que a la letra dice: "*Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante. Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un Kit para la gestante o un Kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programados en el año y el porcentaje de rotación".*

2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCION A FAMILIA USUARIA .-** Durante la entrevista la Cuidadora Principal refirió, que el mes pasado no le entregaron el Kit de Higiene y Protección para su familia. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más"** en el numeral 5.4 Medidas de Protección Sanitaria en el servicio de Acompañamiento a familias, 5.4.1 Medidas de Protección Sanitaria para las visitas domiciliarias inciso e) Dotación de Kit de Higiene y Protección para las Familias, que a la letra dice: *"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:

1. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más".**

2. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que se vienen implementando para la solución de la citada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Vigilancia V-239-2022-HUA-C **(04 folios).**



Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942161082	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-239-2022-HUA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA / (a) Vigilancia Presencial	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA / (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:	16 / 11 / 2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	03:05
3	DNI del Cuidador/a Principal:	60408612	4	NOMBRE y APELLIDOS:	REBECA NIESLHY CALIXTO CALIXTO
5	DEPARTAMENTO:	HUANUCO	6	PROVINCIA:	HUAMALIES
7	DISTRITO:	CHAVIN DE PARIARCA	8	CCPP/Barrio/Dirección:	SAN MARTIN
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	NIÑO JESUS II			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:	(a) Padre (d) Madre (c) Otro:			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:			

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

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1 — *Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:*

	SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	OBSERVACIONES
13	Precise el **nombre** de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	KARELCY			
14	Precise la **edad** de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	24			
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)	10 2022 NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?:
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las **vacunas** que les corresponde?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
21	¿Sus niños/as usuarios **consumen el Suplemento de Hierro**?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el **examen de Hemoglobina**, este año?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:
23	¿Sus niños/as usuarios **tienen Anemia**?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca SÍ, diga ¿Por qué?:

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS

24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NS/NR	24.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	PARA QUE ESTE SANO
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?:	PARA EL DESARROLLO DE SU CABEZA
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:	MARIA MELDA

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

27	El mes pasado ¿El facilitador/a **realizó visitas** a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niños/a?	SI NO NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	*y pase a la pregunta 53*
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?:	
29	El mes pasado ¿En cuántas **visitas** del facilitador/a **ha participado Usted** en su hogar?	4	29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:	
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la **fecha y hora** de las visitas a su hogar?	SI NO NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942161082	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-239-2022-HUA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

31	Precise Usted la **fecha de la última visita** a su hogar, realizada por el facilitador/a	10	11	2022													
	A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:																
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el **idioma** que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR													
33	¿El facilitador/a cuánto **tiempo** permanece en su hogar durante la visita? *(Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)*	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	NS/NR	34.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/balde con caño, jabón, toalla limpia o similar ?	SI	NO	NS/NR	35.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrient	SI	NO	NS/NR	37.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su ed	SI	NO	NS/NR	38.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a	SI	NO	NS/NR	39.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar	SI	NO	NS/NR	44.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NS/NR	45.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	NO	NS/NR	46.1	*Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1	*Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:*											
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1	*Si marca NO, diga ¿Por qué?:*											
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1	*Si marca NO, diga ¿Por qué?:*											
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	50.1	*Si marca NO, diga ¿Por qué?:*											
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	51.1	*Si marca NO, diga ¿Por qué?:*											
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? ESTA BIEN EL TRABAJO DE LA FACILITADORA																
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***											

						NS/NR	NA
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		
		(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 titere de tela			
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a **de 19 a 36 meses de edad**	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela	NS/NR	NA
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:		

53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	**942161082**	**FICHA DE VIGILANCIA**	**CODIGO N°** V - 239 - 2022 - Hua. C
Teléfono Nacional:	**942160511**	**FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL**	

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 56***
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 56***
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)* 60				58.1	*Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?:*	
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	59.1		
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1		
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1		
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1	*Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:*	
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niña/o y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	63.1	*Si marca NO; diga ¿Por qué?:*	
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	64.1	*Si marca NO; diga ¿Por qué?:*	
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización? ESTA BIEN						

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" *(El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)*

66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	*Si marca NO; diga ¿Por qué?:*	
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 / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? ESTA BIEN						

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 / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?						
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una vista 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	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:	942161062	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-239-2022-HUA-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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

74	**TRANSPARENCIA**				
	74.1	¿**Es fácil** de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	74.2	¿**Es oportuna** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias	SI	NO	NS/NR
	74.2	¿**Es comprensible** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
75	**NEUTRALIDAD (Imparcialidad)**		SI	NO	NS/NR
	75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor publico 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 facilitadora 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 facilitadora y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
76	**OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales**				
77	**RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales**				

78	**FECHA FINAL de la entrevista:** 16/11/2022	79	**HORA FINAL de la entrevista:** 02:30

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORIA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	60409612	**DNI:**	22824892	**DNI:**	43820311
Nombres y Apellidos:	REBECA NANCY CAIXTO CAIXTO	**Nombres y Apellidos:**	SARA REBECA CAIXTO HUAYANAY	**Nombres y Apellidos:**	FIORELA LAURA LORENZO SOLIS CRUZ
Cargo:	CUIDADORA PRINCIPAL	**Cargo:**	SECRETARIA CTVC	**Cargo:**	RESPONSABLE DE EQUIPO CTVC
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**		**Correo electrónico:**	huanuco.ctvc.peru@gmail.com
Teléfono:	944934788	**Teléfono:**	940015249	**Teléfono:**	920059732