

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Huánuco, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N° 0188-2022-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 CASO¹:

- CASO N° 0144-2022-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° 0144-2022-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO: 28/11/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		HERRERA MIRFAVAL HERLINDA		3. NÚMERO-DNI: 20403677	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE TOMAY KICHWA		5. CARGO: FISCAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 28/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA: AMBO	
9. DISTRITO:		TOMAY KICHWA		10. CCPP/DIRECCIÓN: TOMAY KICHWA	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 76151927-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02 puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 28/11/2022, durante las acciones de veeduría, la ciudadana Herlinda Herrera Miraval, Fiscal del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Tomay Kichwa, realizó la entrevista a la ciudadana Treysi Teresa Santos Aliaga, Cuidadora Principal del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Mas, registrándose en la Ficha de Vigilancia N° V-0276-2022-HUANU-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. Treysi Teresa Santos Aliaga, 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 tiene 01 año y 08 meses. 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". (Ver Ficha de Vigilancia).

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". (Ver Ficha de Vigilancia).

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 0026-2022-MIDIS/PNCM-DE “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”**.
2. Se sugiere al Programa Social se promueva el estricto cumplimiento de la **RDE N° 0401-2022-MIDIS/PNCM-DE** que aprueba la Directiva de **“Seguimiento, Supervisión y Evaluación a la Gestión Operativa del funcionamiento de los servicios del Programa Nacional Cuna Más”**.
3. 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-0276-2022-HUANU-C **(04 folios)**.



Sherli Karina Salome Arzapalo
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- 0276-2022-HUANU-C				
Teléfono Nacional:		942160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL										
				(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA			(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA							
				(a) Vigilancia Presencial			(b) Vigilancia NO Presencial							
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información . El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.														
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica														
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:			28/11/2022			2	HORA INICIAL de la Vigilancia:			10:00			
I. DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA														
3	DNI del Cuidador/a Principal:			76151927			4	NOMBRE y APELLIDOS:			TREYSI TERESA SANTOS ALIAGA			
5	DEPARTAMENTO:			HUANUCO			6	PROVINCIA:			AMBO			
7	DISTRITO:			TOMAY KICHWA			8	CCPP/Barrio/Dirección:			JR. RICARDO FLORES S/N			
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:			CUNA DE LA PERRICHOLI										
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) 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)			ALEXIA KAMILA										
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)			20 MESES										
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)			Oct-22 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 SI, diga ¿Por qué?:				
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS														
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?			SI NO NS/NR		24 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:		ES IMPORTANTE EL CUIDADO						
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 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?:		PARA EL MANEJO DE SU MENTALIDAD						
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?			SI NO NS/NR		26 Si marca SI, diga su nombre:		NANCY LUIS CRUZ						

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- 0276-2022-HUANU-C						
Teléfono Nacional:		942160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL												
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	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	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	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	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora			Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a dd/mm/aa			22/11/2022												
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 MINUTOS			33	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	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	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	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 micronutrientes)?			SI	NO	NS/NR	37	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 edad?			SI	NO	NS/NR	38	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	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	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	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	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	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 su reacción)?			SI	NO	NS/NR	44	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	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	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	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó: CUBOS BOTELLAS Y JUGUETES								
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?			SI	NO	NS/NR	48	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	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	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	Si marca NO, diga ¿Por qué?:								

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- 0276-2022-HUANU-C						
Teléfono Nacional:		942160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL												
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?															
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?						SI	NO	NS/NR	53	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 54 :					
53	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a)	Una sonaja	(d)	Un juego de almohadita	(g)	Un juego de vasos lógicos	(j)	Un rompecabezas	NS/NR	NA					
		(b)	Una pelota	(e)	Un juego de animales de plástico	(h)	Un aro para ensartar	(k)	Otro: _____							
		(c)	Dos cuentos	(f)	Un juego de alimentos	(i)	Un títere de tela									
53	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	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:								Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR		
53	¿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	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	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	¿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						
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS:)						180 MINUTOS			58	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						
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?						SI	NO	NS/NR	60						
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?						SI	NO	NS/NR	61						
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?						SI	NO	NS/NR	62	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:					
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?						SI	NO	NS/NR	63	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	Si marca NO; diga ¿Por qué?:					
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?						SE RECOMIENDA MAS IMPLEMENTACION									
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	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	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 68:					
67	Si marca SÍ ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:								Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR		
67	¿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?						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 :						

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							
Teléfono Nacional:		942160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			CODIGO N° V- 0276-2022-HUANU-C				
69	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido			(a) Un jabón líquido con dispensador		(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95		(e) Otro: _____			
				(b) Un papel toalla por rollo		(d) Una bolsa que contenga todos los materiales					
69	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?:							Excelente	Bueno		
69	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?							Aceptable	Regular		
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?							SI	NO		
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?							SI	NO		
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		
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?							SI	NO		
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)											
74	TRANSPARENCIA										
74	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
74	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
74	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)							SI	NO		
75	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
75	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
75	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?							SI	NO		
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales										
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales										
78	FECHA FINAL de la entrevista:			28/11/2022			79	HORA FINAL de la entrevista:			
									10:55 a. m.		
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A 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:		76151927		DNI:		20403677		DNI:		42081603	
Nombres y Apellidos:		TREYCI TERESA SANTOS ALIAGA		Nombres y Apellidos:		HERLINDA HERRERA MIRAVAL		Nombres y Apellidos:		SHERLI KARINA SALOME ARZAPALO	
Cargo:		CIUDADORA PRINCIPAL		Cargo:		FISCAL DEL CLTV		Cargo:		RC-CTVC HUANUCO	
Correo electrónico:		_____		Correo electrónico:		_____		Correo electrónico:		HUANUCO.1RCTVCPERU@GMAIL.COM	
Teléfono:		959108138		Teléfono:		987305160		Teléfono:		942154740	