

**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° 0192-2022-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° 0148-2022-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° 0148-2022-CTVC/HUA	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	
				06/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		NAVARRO MAYO DE ROQUE EULALIA		3. NÚMERO-DNI:	
				22749726	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE MARIAS		5. CARGO:	
				PRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	
7. DEPARTAMENTO:		HUANUCO		8. PROVINCIA:	
				DOS DE MAYO	
9. DISTRITO:		MARIAS		10. CCPP/DIRECCIÓN:	
				MARIAS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	
				43150026-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	
				04 Puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

El 06/12/2022, Se realizó la entrevista a la Sra. Flordina Solís Mariano, identificada con DNI N° 43150026 cuidadora principal del niño Y.A.R.S.. usuario del Comité de Gestión “Tres Marías”, Servicio de Acompañamiento a Familias del programa Cuna Mas, registrándose la información en la Ficha de vigilancia N° V-294-2022-HUA-C, donde se identificó el siguiente punto crítico:

1. **VISITA DOMICILIARIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURA MENOS DE 60 MINUTOS.-** En entrevista realizada a la Sra. Flordina Solís Mariano, refirió que la facilitadora, permanece en su hogar en la visita domiciliaria por un tiempo de 30 minutos y durante su permanencia no dialoga mucho. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 0026-2022-MIDIS/PNCM-DE** que en su inciso 5.2 acerca de las disposiciones específicas señala que el tiempo de duración de la visita en una sesión de acompañamiento familiar es de 60 minutos aproximadamente.
2. **SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN DURA MENOS DE 60 MINUTOS.-** En entrevista realizada a la Sra. Flordina Solís Mariano, refirió que las sesiones de socialización tiene una duración de 30 minutos facilitadora, permanece en su hogar en la visita domiciliaria por un tiempo de 30 minutos. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 0026-2022-MIDIS/PNCM-DE** que en su inciso 5.2.2 acerca de las disposiciones específicas señala que el tiempo de duración de la sesión de socialización es de 60 minutos aproximadamente.
3. **ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO DE HIERRO POR LOS NIÑOS USUARIOS DEL SERVICIO.-** En entrevista realizada a la Sra. Rosa Elena Acuña Flores, refirió que la Facilitadora no le mencionó sobre el consumo de hierro para la prevención y/o tratamiento de la anemia de su menor hijo. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 0026-2022-MIDIS/PNCM-DE** en su inciso 4.2 señala “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”, versión 1 **que considera** “...Las facilitadoras y facilitadores son los actores comunales que facilitan y promueven experiencias de aprendizaje, momentos de cuidado, situaciones cotidianas y momentos de juego, que contribuyan al desarrollo cognitivo, motor, comunicativo y socioemocional de las niñas y los niños” **y mas adelante refiere** “Las prácticas de cuidado saludable que el PNCM promueve son: a) Alimentación (lactancia materna y complementaria), b) Suplementación con hierro, c) Lavado de manos, d) Uso y consumo de agua segura, y e) Asistencia oportuna a controles.
4. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA “CUNA MAS DIGITAL”.-** En entrevista realizada a la Cuidadora Principal la Sra. Maribel Mato Camara, refirió que a la fecha no conoce la existencia de la plataforma “Cuna Mas Digital” y tampoco recibió información acerca de dicho recurso. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “Plan de Comunicaciones 2022”** en el numeral 2.7 sobre las Herramientas y espacios de Comunicación considera en el público primario a “Madres, padres y/o cuidadores principales con niñas y niños hijos menores de tres años y/o madres gestantes” y propone el desarrollo de

Material audiovisual, radial y grafico sobre prácticas de cuidado infantil (Cuna Más Digital, Cuna Más Radial y Graficas Cuna Más).

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-294-2022-HUA-C **(04 folios)**.

Juan José Pardavé Trejo
Responsable Regional.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Telefono Regional:	942161082	FICHA DE VIGILANCIA							
Telefono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	CODIGO N° V- 299 -2022-HUANU-C						
(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 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:	06/12/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	9:00				
I. DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Cuidador/a Principal:	43150026	4	NOMBRE y APELLIDOS:	Floridina Solis Mariano				
5	DEPARTAMENTO:	Huanuco	6	PROVINCIA:	005 de Tarma				
7	DISTRITO:	Marias	8	CCPP/Barrio/Dirección:	Marias				
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Las Tres Marias							
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/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?	02	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:						
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Younani Ayala							
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	2 años 2 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
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
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	30-07-22	NS/NR	NA	NS/NR	NA	NS/NR	NA	NS/NR
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
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?:			
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?:			
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26	Si marca SI, diga su nombre: Pamela			

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- 294 -2022-HUANUCO	
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	NS/R	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/R	30	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora?	Siempre ☒ Casi siempre ☒ A veces ☐ Nunca ☐ NS/R
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a dd/mm/aa		02/12/22				
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/R			
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)		30 minutos		33	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	callado
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/R	34	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/baldeo con jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NS/R	35	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/R	36	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (arabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/R	37	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
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/R	38	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
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/R	39	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/R	40	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
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/R	41	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/R	42	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/R	43	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	SI	NO	NS/R	44	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
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/R	45	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
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/R	46	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente ☒ Bueno ☒ Aceptable ☒ Regular ☒ Malo ☐ NS/R
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/R	47	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Papel, crayola
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/R	48	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	NS/R	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/R	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/R	51	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Solo me queda que complete la hoja completa

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:		542161032		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V- 294 -2022-HUANU-C	
Teléfono Nacional:		542160511		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
52 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? <i>yo quiero más juegos de diferentes módulos para próximos</i>							
53 ¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo infantil Temprano" para su niño/a?				SI	NO	NSNR	53 Si marca NO, NSNR, 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	NSNR	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 filtro de tela			
53	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(d) Un muñeco de tela	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Una manta de algodón o polar o aferrón de tela	NSNR	NA
		(b) Una pelota	(e) Un juego de enhebrados	(h) Un juego de bloques lógicos	(k) Otro: _____		
53 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:						Excelente	Bueno
53 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?:						Regular	Malo
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	NSNR	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	NSNR	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	NSNR	56 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?
57 ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?				SI	NO	NSNR	57 Siempre Casi siempre A veces Nunca NSNR
58 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)				30		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	NSNR	59
60 ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?				SI	NO	NSNR	60
61 ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?				SI	NO	NSNR	61
62 ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?				SI	NO	NSNR	62 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: <i>papel y crayola</i>
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	NSNR	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	NSNR	64 Si marca NO, diga ¿Por qué?:
65 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?				<i>Recomiendo en que traigan más libros o juguetes</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)				SI	NO	NSNR	66 Si marca NO, diga ¿Por qué? <i>No conoce</i>
67 Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el P				SI	NO	NSNR	67 Si marca NO, diga ¿Por qué? <i>No conoce</i> y pase a la pregunta 68:
67 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:						Excelente	Bueno
67 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? <i>hacer conocer la Plataforma</i>						Regular	Malo
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	NSNR	
69 El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?				SI	NO	NSNR	Si marca NO, NSNR, pase a la pregunta 70:
69	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	(e) Otro: _____		NSNR	
		(b) Un papel toalla por rollo	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

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

Teléfono Regional:		942151082	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V- 294 -2022-HUANUCO	
Teléfono Nacional:		942150511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
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?:				Regular	Malo
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)					
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 mún 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:		26/12/2021		79	HORA FINAL de la entrevista:
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:	43150026	DNI:	22749226	DNI:		
Nombres y Apellidos:	Florinda Solís Manzano	Nombres y Apellidos:	Eulalia Navarro Mayado R.	Nombres y Apellidos:		
Cargo:	Madre	Cargo:	Presidenta	Cargo:		
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:		
Teléfono:	980644297	Teléfono:	991040051	Teléfono:		