

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N°0081-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Señor:

Fredy Manrique Rojas

Coordinador Territorial- San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA cinco (05) 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N°0157-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0158-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0159-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0160-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0161-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar el resultado del mismo.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0160-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	16/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	CUBAS GARCIA MARIA DEL PILAR	3. Número-DNI:	16451192
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – CUÑUMBUQUI	5. Cargo:	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	16/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	CUÑUMBUQUI	10. CCPP/Dirección:	JR. SAN MARTÍN S/N
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	47776538-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de servicios del Programa Cuna Más, el día 16/11/2022 se realizó la entrevista mediante Ficha de Vigilancia V-283-2022-SAN-C, a la Sra. Timotea Irene Soria Illatopa, identificada con DNI N°47776538, madre un/ usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Niños valientes” del distrito de Cuñumbuqui; se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Timotea Soria, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que NO se le entregó nada desde la fecha en que se afilió al programa (18/07/2022). El usuario a la fecha tiene 05 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 0 a 18 meses del Servicio de Acompañamiento a Familias.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Timotea Soria se le preguntó si el mes pasado, octubre, había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron cuatro mascarillas KN95.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, referido a:**
 - La entrega de materiales y recursos que permitan a las familias fortalecer las oportunidades de crecimiento de sus hijos, como así se contempla en su numeral: 4.2.3 **Material/recursos a ser utilizados. b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para las Familias: 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.

- Las medidas de protección sanitaria en el Servicio De Acompañamiento que señalan la **Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias**. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. Periodicidad mensual.
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

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

1. Ficha de Vigilancia: V-283-2022-SAN-C. (04 folios).


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



1. Ficha de vigilancia: V-283-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																																																																					
SEDE REGIONAL SAN MARTIN																																																																					
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																																																																					
Teléfono Regional: 942158973-920033057		Teléfono Nacional: 945085602		CODIGO N° V-283-2022-SAN-C		FICHA DE VIGILANCIA																																																															
FAMILIA USUARIA: SAF-PRESENCIAL				FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		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 MAS. 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:	16/11/22	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	10:11 am																																																																
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA																																																																					
3	DNI del Cuidador/a Principal:	47776538	4	NOMBRE y APELLIDOS:	TIMOTEA KEENE SOBIA ILLATORA																																																																
5	DEPARTAMENTO:	San Martín	6	PROVINCIA:	Lamas																																																																
7	DISTRITO:	Carmen de la Virgen	8	CCP/Barrida/Dirección:	En Marco Mar s/n																																																																
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	Niños Valientes																																																																			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:	Padre	(a)	Padre	(b)	Madre	(c)	Otro:																																																													
11	ID OMA que usa más (lenguaje predominante):	X Español	(a)	Español	(b)	Quechua	(c)	Aymara	(d)																																																												
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)																																																																					
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios del Programa Cuna Más?	1	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:																																																																		
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO																																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIÑO/A 1</th> <th>NIÑO/A 2</th> <th>NIÑO/A 3</th> <th>OBSERVACIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)</td> <td>Juan Omar</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)</td> <td>5</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa</td> <td>M</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?</td> <td>X NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI NO NS/NR</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?</td> <td>X NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI NO NS/NR</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?</td> <td>X NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI NO NS/NR</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)</td> <td>11/22</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?</td> <td>X NO</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?</td> <td>X NO</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> </tr> </tbody> </table>											NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	OBSERVACIONES	13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Juan Omar			14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	5			15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	M			16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR	17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR	18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR	19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11/22	NS/NR	NA	20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X NO	NS/NR	NA	21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X NO	NS/NR	NA	22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	NS/NR	23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR
	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	OBSERVACIONES																																																																	
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Juan Omar																																																																			
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	5																																																																			
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	M																																																																			
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR																																																																	
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR																																																																	
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X NO	NS/NR	SI NO NS/NR																																																																	
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11/22	NS/NR	NA																																																																	
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X NO	NS/NR	NA																																																																	
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X NO	NS/NR	NA																																																																	
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	NS/NR																																																																	
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR																																																																	
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS																																																																					
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	X SI	NO	NS/NR	24.1	SI	NO	NS/NR	¿Por qué?																																																												
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	X SI	NO	NS/NR	25.1	SI	NO	NS/NR	¿Por qué?																																																												
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	X SI	NO	NS/NR	26.1	SI	NO	NS/NR	¿Por qué?																																																												
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGAR: ¿CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del Hogar)																																																																					
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visita a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	X SI	NO	NS/NR	27.1	SI	NO	NS/NR	¿Por qué?																																																												

Como mamá, el cuidado importante
Incentiva al niño
Canta

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°	V-283-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095802	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		

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	¿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?	NO	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	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?	11/11/22							
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?	NO	32.1	Si marca MENOS de 80, diga ¿Por qué?					
33	¿El facilitador/a le habla/orienta en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)	60	33.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	NO	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua e jabón, jabón, toalla limpia o similar?	NO	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	NO	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	NO	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	NO	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	NO	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	NO	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el mes que tiene su niño/a?	NO	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y juegue libremente?	NO	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	NO	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?	NO	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	NO	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindar afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?	NO	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regula	Malo
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	NO	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Alfabeto				
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	NO	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como correlación de haber realizado la visita a su hogar?	NO	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
50	¿El facilitador le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	NO	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	NO	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? Que traigan más juguetes nuevos para niños más al niño								
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	SI	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:					
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad		(g)	Un juego de vasos lógicos	(i)	Un rompecabezas			NS/NR
			(h)	Un año para ensartar	(k)	Otro:			NA
			(f)	Un juego de bloques lógicos					
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad		(e)	Un juego de vasos lógicos	(g)	Una manita de algodón o polio o alfombra de tela			NS/NR
			(f)	Un juego de bloques lógicos	(h)	Otro:			NA
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?								
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?								

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional: 942153973-920033057
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-283-2022-SAF

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 36 MESES (El Vendedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca/NS/NR
54 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	☒	☐	☐	NS/NR	54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?	No sabe			
55 El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	☐	☐	☐	NS/NR	55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?				
56 ¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	☐	☐	☐	NS/NR	56.1 ¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordadas?				
57 ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	☐	☐	☐	NS/NR	57.1				
58 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permaneció durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)				NS/NR	58.1 Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?				
59 ¿El facilitador/a motivó a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	☐	☐	☐	NS/NR	59.1				
60 ¿El facilitador/a motivó a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	☐	☐	☐	NS/NR	60.1				
61 ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	☐	☐	☐	NS/NR	61.1				
62 ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	☐	☐	☐	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?	☐	☐	☐	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?	☐	☐	☐	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 Vendedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
66 Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuarentas, alimentación, consejos de crianza)?	☒	☐	☐	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?	☐	☐	☐	NS/NR	67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?						
67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?											
67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?											

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

	SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, diga ¿Por qué?	Si marca NO, NS/NR, diga ¿Por qué?	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
68 El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	☒	☐	☐	NS/NR							
69 El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	☒	☐	☐	NS/NR							
69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido											
69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?											
69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?											
70 ¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?											
71 ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?											
72 ¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?											
73 ¿El Facilitador/a prohíbe el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?											

