COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL APURIMAC
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres""Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Apurímac, 28 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0062-2022-CTVC/APURIMAC

Señor:
Pedro Pascual Gomez Cuellar
(e)Jefe de la Unidad Territorial del Programa Cuna Más

Presente. -

Asunto: Se ALERTA un (12) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministeriode Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad enla 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 hagollegar el siguiente CASO[1]:

- CASO N° 0164-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0165-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0166-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0167-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0168-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0169-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0170-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0171-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0172-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0173-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0174-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0175-2022-CTVC/APU

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,

……

Guerson Yovani Paliza Pinto
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 implementary 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 procederde 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 Apurímac: 942160032 **Teléfono Nacional: 994432338**	**CASO**	**N° 0164-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	OSTERIANO OSORIO FLORETANIA	**3. NÚMERO-DNI:**	48648863
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL -DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	VICE PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**22/11/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	COTABAMBAS
9. DISTRITO:	TAMBOBAMBA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	BARRIO PAMPAÑA S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	34751795-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	03 Puntos Críticos

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

Durante las acciones de veeduría realizadas por el comité, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Selina Quispe Zamora, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que NO se le entrego nada para su niño de 9 meses de edad.

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Se preguntó también si conocía los servicios que brinda “Cuna Mas Digital”, y respondió que No, que hasta el momento no le hablaron de ello, así mismo indico que no le enviaron ningún video sobre cuentos, alimentación y consejos de crianza, por lo que le gustaría que se implemente este servicio de Cuna Mas Digital

3. **PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCION INCOMPLETO.** Así mismo se le pregunto si había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron jabón líquido y mascarillas.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022- MIDIS/PNCM.** - 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento

a Familias 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. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación… - **5.4 Medidas de Protección Sanitaria en el Servicio De Acompañamiento a Familias e. 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-1918. Periodicidad mensual. …- **6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales**, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad

- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

1. Ficha de Vigilancia N°V-190-2022-APU-C (02 folio)

…….

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Vigilancia N°V-190-2022-APU-C (02 folio)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942160032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°

(X) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA

(X) Vigilancia Presencial

(X) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

(X) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LAS ACTIVIDADES SEÑALADAS EN EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS

INDICACIONES: El Vocal/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 Nacional CUNA MAS

El Vocal/Vigilante no promueve ante el entrevistado ningún tipo de crítica sobre el servicio de la familia, le explicará el objetivo de la visita y luego le solicitará información

El Vocal/Vigilante debe marcar con "X" a una o dos opciones SEGÚN LO SE ALEGUE en la información obtenida en entrevista de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha marcar en CASILLA LATERAL: - NSNR=No sabe, no responde NA=No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia	22/11/22	2 HORA INICIAL de la Vigilancia	12:04

A. DATOS GENERALES: Indicadores identificadores del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

3 DNI del Cuidadora Principal	24731765	4 NOMBRE y APELLIDOS:	[illegible]
5 DEPARTAMENTO:	Apurimac	6 PROVINCIA:	Cotabambas
7 DISTRITO	Tambobamba	8 CCPP/Barrio/Dirección:	Barrio Ccompata
9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece/Nombre:	[illegible]		

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario: (a) Padre (b) Madre (c) Otro

11 IDIOMA que usa más (Lo que prefiere hablar): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Asháninka (f) Otro

B. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Vocal/Vigilante PREGUNTA al Cuidadora/o Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as en edad 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	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	OBSERVACIONES
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Bellam [illegible]			
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	7			
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI NO NSNR	SI NO NSNR	SI NO NSNR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17 Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSalud, otros)?	SI NO NSNR	SI NO NSNR	SI NO NSNR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18 Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI NO NSNR	SI NO NSNR	SI NO NSNR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19 ¿Sus niños/as usuarios en que fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	/ / NSNR NA	NSNR NA	NSNR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	SI NO NSNR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI NO NSNR	SI NO NSNR	SI NO NSNR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

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

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NSNR	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? [illegible]
25 ¿Usted considera que es importante el aseo de pañales y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NSNR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? [illegible]
26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	SI NO NSNR	26.1	Si marca SI, diga su nombre: [illegible]

D. VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 0 A 36 MESES (El Vocal/Vigilante PREGUNTA al Cuidadora/o Principal del HOGAR)

27 El mes pasado ¿El facilitador realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	SI NO NSNR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 33
28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?	1	28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942160032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°

29 El mes pasado ¿Sus niños/as visitados han participado (Asistieron) en su hogar?	1	29.1	Si marca NINGUNO de 4, diga ¿Por qué?
30 ¿El facilitador, acordó conjuntamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI NO NSNR	30.1	¿El facilitador cumplió con la fecha y hora acordada? Siempre Casi siempre A veces Nunca
31 Precise usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	15/11/22		

A partir de la pregunta 32 hasta la 42, precise (Indique) las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32 ¿El facilitador/a le mantuvieron en el idioma que usted más usa, durante su visita a su hogar?	SI NO NSNR		
33 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permaneció en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	45	33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?
34 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo preparar, almacenar y consumir algún alimento (tipo o variedad)?	SI NO NSNR	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
35 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo lavar las manos a su niño/a (en agua o Hemoleguis con cenizas, jabón, tipo o variedad)?	SI NO NSNR	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
36 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo almacenar a su niño/a, (agua en vasos o botellas, jabón, tipo o variedad)?	SI NO NSNR	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
37 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (gotas, grageas o polvo de micronutrientes)?	SI NO NSNR	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
38 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI NO NSNR	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
39 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI NO NSNR	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
40 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo mantener limpio, seguro y organizado los ambientes educativos de su niño/a?	SI NO NSNR	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
41 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo proporcionar/dar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI NO NSNR	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
42 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo prevenir/evitar que su niño/a explore sin juegos filosóficos?	SI NO NSNR	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
43 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI NO NSNR	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
44 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo interactuar con su niño/a jovencito, escuchado, hablado/conversado, esperar a [illegible]	SI NO NSNR	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
45 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo cantar, nombrar, bailar y cuentos a su niño/a usando partes y diferentes voces?	SI NO NSNR	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
46 ¿El facilitador/a le orientó/practicó cómo brindar afecto y cariño a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI NO NSNR	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
47 ¿El facilitador/a utilizó materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI NO NSNR	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó
48 ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI NO NSNR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
49 ¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI NO NSNR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
50 ¿El facilitador le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada oportunidad durante la visita a su hogar?	SI NO NSNR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
51 ¿Usted está satisfecha/o con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI NO NSNR	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?			
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	53.1	Si marca NO, NSNR: pase a la pregunta 54

53.1 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 06 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de dominó/ajo	(g) Un juego de cartas lógicas	(j) Un rompecabezas	NSNR NA
	(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para saltar	(k) Otro	
	(c) Dos cuentos	(f) Un juego de dominó	(i) Un trazo de tela		
53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un cuento	(c) Un mullido de tela	(e) Un juego de cartas lógicas	(g) Una tranca de algodón o polar o alfombra de tela	NSNR 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 NSNR	
53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?					

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942700032
Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CÓDIGO Nº _____

61	SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJE S PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 24 MESES (El Vigilador PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)				
54	El mes pasado ¿El facilitador(a) realizó una Sesión de Socialización?				
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? ¿Usted a la pregunta 60
56	¿El facilitador(a) acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? ¿Usted a la pregunta 60
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1 ¿El facilitador(a) cumple con la fecha y hora acordada? Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca/casi nunca
58	¿El facilitador(a) mantuvo llanqui permanente durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	58.1 Si marca NO/NS/NR, 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? (Diga llanqui aproximado en MINUTOS)				
60	¿El facilitador(a) motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1
61	¿El facilitador(a) usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1
62	¿El facilitador(a) utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utiliza
63	¿El facilitador(a) le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	63.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador(a) durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	64.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?				
C)	ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL" (El Vigilador PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)				
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Mas 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 difundido por el Programa Cuna Mas?	SI	NO	NS/NR	67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? ¿Usted a la pregunta 68
	67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?				Excelente / Bueno / Regular / Malo / NS/NR
	67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?				
W.	MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Vigilador ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)				
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre como 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	(b) Cuatro mascarillas respiradoras KN95	(c) Otro:	
		(d) Un papel toalla por mes	(e) Una bolsa que contenga todos los materiales		
	69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?				Excelente / Bueno / 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 visita a su hogar o a la sesión de socialización?				SI / NO / NS/NR
71	¿El Facilitador(a) usa todo mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				SI / NO / NS/NR
72	¿El Facilitador(a) usa constantemente (cada rato) y bien la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				SI / NO / NS/NR
73	¿El Facilitador(a) propone 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 APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942700032
Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CÓDIGO Nº _____

X.	TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vigilador PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)			
74	TRANSPARENCIA			
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se recibe 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
74.3	Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)			
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador(a) y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador(a) y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador(a) y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
76.	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales:			
77.	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales:			
78	FECHA FINAL de la entrevista: 22 / 11 / 22	79	HORA FINAL de la entrevista: 12:27	

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VECCOI - 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 SEDE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	74751765	DNI:	[illegible]	DNI:	[illegible]
Nombres y Apellidos:	Silvia Quispe [illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]
Cargo:	Madre Cuidadora	Cargo:	Vicepresidente	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	982821282	Teléfono:	914755331	Teléfono:	[illegible]