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° 0166-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	BAUTISTA VALDEZ REYNA	**3. NÚMERO-DNI:**	70081921
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**23/11/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	COTABAMBAS
9. DISTRITO:	MARA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	BARRIO MIRAFLORES
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	42675913-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 COMPLETO KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Justina Condori Alcca, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que solo le entregaron cuentos hace 07 meses.

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 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-194-2022-APU-C (02 folio)

…….
Guerson Yovani Paliza Pinto
Responsable Regional

Anexo 1: Ficha de Vigilancia N°V-194-2022-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:	947168032	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-194-2022-APU-C
Teléfono Nacional:	994432338	FAMILIA VIGILANTE SAF PRESENCIAL	

(X) FICHA en apoyo CENTRO de CAMPAÑA	(x) FICHA en apoyo PLANTA DE CAMPAÑA
(X) Vigilancia Presencial	(X) Vigilancia NO Presencial

ADVERTIR: VERIFICAR SI LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLE CON LOS OBJETIVOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.

INDICACIONES: El Vigilante/Veedor del Comité 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 Vigilante/Veedor no participará ante el cuidador principal (madre, padre o adulto) de la familia, la aplicación de la vigilancia y luego la validará internamente.

El Vigilante/Veedor debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha hay: en cuanto sea LA PERSONA: — NADA: No sabe, no responde — NA: No aplica

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia: 2-5-2022	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 Cuidadora Principal: 42661512	4	NOMBRES y APELLIDOS: [illegible]
5	DEPARTAMENTO: Apurimac	6	PROVINCIA: Cotabambas
7	DISTRITO: Tambobamba	8	CCPP/Barrio/Urbanización: [illegible]
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece familia: [illegible]		
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario: (a) Padre (b) Madre (c) Otro		
11	IDIOMA que aprende/habla (máximo dos): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajun (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 MIRA/LEE los documentos)

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más? 2

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)	[illegible]			
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	4			
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(M) (F)	(M) (F)	(M) (F)	
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 (CADI)?	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 vacunaron el último control CRED? (Mes y Año)	1 [illegible] NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20 ¿Sus niños/as usuarios actualmente están vacunados con 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 APROPIADO PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS 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?	SI	NO	NS/NR	24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? [illegible]
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el jugar con su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
26	¿Usted conoce el centro de su facilitadora del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26.1 Si marca SI, diga su nombre: [illegible]

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 0 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/NR	27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pasa a la pregunta 33

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional:	947168032	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	994432338	FAMILIA VIGILANTE SAF PRESENCIAL	

28	El mes pasado, ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?				28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?
29	¿El facilitador/a, llenaba previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	29.1 ¿El facilitador/a cumplía con la fecha y hora establecida? Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca
30	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a				

A partir de la pregunta 31 hasta la 53, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32	¿El facilitador/a le habló/informó en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	
33	¿El facilitador/a pidió llenaje participación en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)				33.1 Si marca MENOS de 30, diga ¿Por qué?
34	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre preparar, almacenar y consumir agua segura (hervir y filtrar)?	SI	NO	NS/NR	34.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
35	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre lavar las manos a su niño/a con agua y jabón/ceniza con cada plato, baño/aseo y cambio?	SI	NO	NS/NR	35.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
36	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre alimentar a su niño/a, según su edad (lactancia materna/complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
37	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre dar Suplemento de Hierro a su niño/a (gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/NR	37.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
38	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre llevar oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NS/NR	38.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
39	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	39.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
40	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre mantener limpio, seguro y organizado los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
41	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
42	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
43	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
44	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablándole/cantándole, esperar a que hable)?	SI	NO	NS/NR	44.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
45	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre cantarle, cargar/mecer y cuentos a su niño/a según gustos y diversión mutua?	SI	NO	NS/NR	45.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
46	¿El facilitador/a le orientó/practicó sobre brindarle afecto y cariño a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y amor?	SI	NO	NS/NR	46.1 Si marca SI, diga cómo/cuándo/dónde aplicó orientación. Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / Nada / NS/NR
47	¿El facilitador/a utilizó materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó.
48	¿Las orientaciones que le brindó el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
49	¿El facilitador/a le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
50	¿El facilitador/a le brindó buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	50.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?				
53	El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje" (Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano) para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	53.1 Si marca NO, NS/NR, pasa a la pregunta 54

53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 0 a 18 meses de edad	(a) Libro animado (b) Libro película (c) Otro cuentito (d) Un pergo de abrazo/hug (e) Un pergo de animales de peluche (f) Un pergo de colores de tela (g) Un pergo de sonajas/cascabeles	(g) Un pergo de cubos/bloques (h) Un pergo para amarrar (i) Un disco de tela (j) Un pergo de cuerpo humano (k) Un pergo de bloques/figuras	(l) Un pergo de alfabeto y sílabas (m) Otro	NS/NR	NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 18 a 36 meses de edad	(a) Un cuentito (b) Libro película	(c) Un rompecabezas de tela (d) Un pergo de sonajas/cascabeles	(e) Un pergo de cubos/bloques/figuras (f) Otro	NS/NR	NA
53.3	¿Cómo calificaría usted los materiales que le entregaron?				Excelente / Bueno / Aceptable / Pregunta / Malo / NS/NR	
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:	942160032	FICHA DE VIGILANCIA
Teléfono Nacional:	994432338	FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CODIGO N° _____

	C) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)				
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	pase a la pregunta 55
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	pase a la pregunta 56
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	56.1	El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, de aire libre y ventilado?	SI NO NS/NR	57.1		
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? ¿Diga tiempo aproximado en MINUTOS?	_____	58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?	
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	59.1		
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	60.1		
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI NO NS/NR	61.1		
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI NO NS/NR	62.1	Si marca 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 MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)				
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza?	SI NO NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza efectuado por el Programa Cuna Más?	SI NO NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	pase a la pregunta 68
	67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:				Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?				
IV.	MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)				
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	SI NO NS/NR			
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI NO NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70		
	69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón bueno con dispensador / (b) Un papel toalla por niño / (c) Cuatro mascarillas respiratorias KN95 / (d) Otro _____ / (e) Unas bolsas que contenga todos los materiales			
					Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	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?				SI NO NS/NR
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				SI NO NS/NR
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				SI NO NS/NR
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización?				SI NO NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional:	942160032	FICHA DE VIGILANCIA
Teléfono Nacional:	994432338	FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CODIGO N° _____

	V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)		
74	TRANSPARENCIA		
	74.1 ¿Es fácil de encontrarle información que le necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		
	74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias		
	74.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI NO NS/NR
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		SI NO NS/NR
	75.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o 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 vote o alguna familia o vote 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: 23-04-1921	79 HORA FINAL de la entrevista: 15:10	

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA 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:	42695413	DNI:	70281921	DNI:	31041412
Nombres y Apellidos:	Cristina Condori Alca	Nombres y Apellidos:	Rosa Quispe Valdez	Nombres y Apellidos:	Gerson Yovani Elías Ticha
Cargo:	Cuidadora Principal	Cargo:	Monitora	Cargo:	Veedor
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono:	983121459	Teléfono:	979175399	Teléfono:	992164311