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° 0168-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ZANALEA ZAVALA SANDRA	**3. NÚMERO-DNI:**	46275404
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**24/11/2022**

7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	COTABAMBAS
9. DISTRITO:	MARA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	CALLE CCORIPATA
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	43044009-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. Dora Chalcco Saire, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que NO le entregaron nada a su niña.

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:

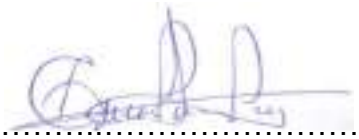
- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022- MIDIS/PNCM.** - 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados**. b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para 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-198-2022-APU-C (02 folio)



…….
Guerson Yovani Paliza Pinto
Responsable Regional

Anexo 1: Ficha de Vigilancia N°V-198-2022-APU-C (02 folio)

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942180032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CODIGO N°

(X) FICHA en ámbito CENTRO DE CAMPAÑA — (X) Vigilancia Presencial

(X) FICHA en ámbito FUERA DE CAMPAÑA — (X) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO GENERAL DEL LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS ORIGINALES POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.

INDICACIONES: El Vocero/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana deberá ser la Ficha de Vigilancia y con tanto usuario del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa Cuna Mas.

El Vocero/Vigilante es consultado este el entrevista principal (madre, padre o cuidador de la familia), le explica el objetivo de la vigilancia y luego le solicita información.

El Vocero/Vigilante debe marcar con "X" a los ítems MARCADO de alternativa según el caso propuesto en la Ficha de Vigilancia.

En todo la Ficha tener en marcada cada ENTREVISTA → NUNCA (no, caso, no respondió) NA (no, caso)

I. DATOS GENERALES: Verificar e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

1. FECHA INICIAL de la Vigilancia: 2/12/2022
2. HORA INICIAL de la Vigilancia: 10:30
3. DNI del Cuidadora Principal: 73070007
4. NOMBRE y APELLIDOS: [illegible]
5. DEPARTAMENTO: Apurimac
6. PROVINCIA: [illegible]
7. DISTRITO: [illegible]
8. CCPP/Barrio/Dirección: [illegible]
9. COMITE DE GESTION al que pertenece/Nombre: [illegible]
10. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario: (a) Padre (b) Madre (c) Otro
11. IDIOMA que sale más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Asháninka (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO: (El Vocero/a PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)

12. En su hogar ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más? [illegible]

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)	[illegible]			
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)?	(X) 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)?	(X) NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18. ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	(X) NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19. ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	/ NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20. ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	(X) 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?	(X) 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?	(X) 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?	(X) NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE MATRIZ ESTANDARD 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) 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 juego con su niño/a menor de 36 meses?	(X) NO NS/NR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	[illegible]
26. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	(X) NO NS/NR	26.1	Si marca SI, diga su nombre: [illegible]	

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON MENORES DE 36 A 36 MESES (El Vocero/a PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)

27. El mes pasado ¿El facilitadora realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	(X) NO NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 32
28. El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitadora?	7	28.1	Si marca MENOS de 8, diga ¿Por qué?	

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional: 942180032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CODIGO N°

29. El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitadora ha participado Usted en su hogar?	4	29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	
30. El facilitadora, acuerda previamente con usted la fecha y hora en las visitas a su hogar?	(X) NO NS/NR	30.1	El facilitadora cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre Casi siempre A veces Casi nunca
31. Piense Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitadora	07 11 22			

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, piensen Usted las actividades realizadas por el facilitadora, durante la última visita a su hogar:

32. El facilitadora le felicitó/felicitó en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	(X) NO NS/NR			
33. El facilitadora/le acuerda tiempo suficiente en su hogar durante la visita? ¿Diga el tiempo aproximado en MINUTOS?		33.1	Si marca MENOS de 30, diga ¿Por qué?	
34. El facilitadora le orientó/practica sobre preparar, almacenar y consumir agua segura (hervir y filtrar)?	(X) NO NS/NR	34.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
35. El facilitadora le orientó/practica sobre lavarse las manos a los niños con agua y jabón/ceniza con cada pipiín, kaka antes y después?	(X) NO NS/NR	35.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
36. El facilitadora le orientó/practica sobre detectar a su niño/a, según su edad (cambios emocionales/comportamiento)?	(X) NO NS/NR	36.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
37. El facilitadora le orientó/practica sobre dar Suplemento de Hierro a su niño/a (gotas, polvo o jarabe de acuerdo a su edad)?	(X) NO NS/NR	37.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
38. El facilitadora le orientó/practica sobre acudir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	(X) NO NS/NR	38.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
39. El facilitadora le orientó/practica sobre implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a	(X) NO NS/NR	39.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
40. El facilitadora le orientó/practica como ordenar, limpiar, seguro y organizar los materiales educativos de su niño/a?	(X) NO NS/NR	40.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
41. El facilitadora le orientó/practica como proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	(X) NO NS/NR	41.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
42. El facilitadora le orientó/practica sobre permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	(X) NO NS/NR	42.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
43. El facilitadora le orientó/practica sobre felicitar a su niño/a por sus logros de acuerdo al juego?	(X) NO NS/NR	43.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
44. El facilitadora le orientó/practica sobre interactuar con su niño/a jugando, escuchando, hablando/conversando, enseñar a	(X) NO NS/NR	44.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
45. El facilitadora le orientó/practica sobre cuando, cómo/de forma y espacio a su niño/a usando gestos y lenguaje verbal?	(X) NO NS/NR	45.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
46. El facilitadora le orientó/practica sobre brindar afecto y cuidado a su niño/a para que viva seguridad, confianza y amor?	(X) NO NS/NR	46.1	Si marca SI, diga usted como valora esta orientación	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
47. El facilitadora utilizó materiales educativos durante la visita a su hogar?	(X) NO NS/NR	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó	
48. Las orientaciones que le brindó el facilitadora durante la visita son claras y comprensibles?	(X) NO NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
49. El facilitadora le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	(X) NO NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
50. El facilitadora le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	(X) NO NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
51. Usted está satisfecha/o con el trabajo que realiza el facilitadora durante la visita a su hogar?	(X) 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 su "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	(X) 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 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(b) Un juego de abrochadas	(c) Un rompecabezas			NS/NR NA
	(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(f) Un vaso para cereales	(g) Un libro	(h) Otro	
	(c) Dos cucharas	(f) Un juego de alfabetos	(g) Un libro de tela			
53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(d) Un cuentos	(g) Un rompecabezas de tela	(h) Un juego de colores Mayor	(i) Un juego de Bloques Mayor	(j) Otro	NS/NR NA
	(e) Una pelota	(h) Un juego de colores Menor	(i) Un juego de Bloques Menor			
53.3 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?						Excelente Bueno Aceptable Regular 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:	942 [illegible]
Teléfono Nacional:	994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° _____

B)	SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 36 MESES (El Vivedor PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)				
S4	El mes pasado ¿El facilitadora realizó una Sesión de Socialización?				
S5	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?				
S6	¿El facilitadora acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S4.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? — y pasa a la pregunta 65
S7	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	S5.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? — y pasa a la pregunta 66
S8	¿El facilitadora cuenta tiempo permanente durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)	SI	NO	NS/NR	S6.1 ¿El facilitadora cumple con la fecha y hora acordada? Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / NS/NR
S9	¿El facilitadora motiva o que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?				S7.1
S10	¿El facilitadora motiva o que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S8.1 Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?
S11	¿El facilitadora usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	S9.1
S12	¿El facilitadora utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S10.1
S13	¿El facilitadora le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S11.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utiliza
S14	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitadora durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S12.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
S15	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	S13.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
C)	ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Vivedor PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)				
S16	Usted conoce los contenidos que tiene la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	S14.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
S17	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza difundido por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	S15.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? — y pasa a la pregunta 69
	S17.2 Si marca SI ¿Como valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?				Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	S17.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?				
IV.	MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Vivedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)				
S18	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre como prevenir el contagio del COVID 19?	SI	NO	NS/NR	
S19	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR	S18.1 Si marca NO, NS/NR: pasa a la pregunta 76
	S19.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dosificador			(b) Cuatro mascarillas reusables (KN95) / (c) Otro: _____
		(b) Un papel toalla por niño			(d) Una bolsa que contenga todos los materiales
	S19.2 ¿Como valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?				Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
	S19.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?				
S20	¿El Facilitadora 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?				S20 NO NS/NR
S21	¿El Facilitadora una visita mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				S21 NO NS/NR
S22	¿El Facilitadora usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?				S22 NO NS/NR
S23	¿El Facilitadora propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria o previo a una sesión de socialización?				S23 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:	942 [illegible]
Teléfono Nacional:	994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° _____

V.	TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vivedor PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)				
S24	TRANSPARENCIA				
	S24.1 ¿Es fácil de encontrar la información que da Personal del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
	S24.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
	S24.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
S25	NEUTRALIDAD (Trato en igualdad)				
	S25.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o vivedor/a publico le pide dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
	S25.2 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o vivedor/a publico le pide que apoye a votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
	S25.3 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o vivedor/a publico le pide que asista a alguna reunión o evento de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?				
S26	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
S27	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
S28	FECHA FINAL de la entrevista: 27/10/2021	S29	HORA FINAL de la entrevista: 15:00		

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VIVEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL MIA 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 RECOLECTOR DE LA FICHA DE VIGILANCIA	
DNI:	72[illegible]	DNI:	7[illegible]	DNI:	[illegible]
Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]
Cargo:	Cuidadora principal	Cargo:	[illegible]	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:	—	Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono:	—	Teléfono:	9[illegible]	Teléfono:	9[illegible]