

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CUSCO**

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Cusco, 16 de Junio de 2023

OFICIO N° 0116-2023-CTVC/CUSCO

Señora

MARIELA GAMARRA GUZMAN

Jefe de la Unidad Territorial – Cusco

Programa Nacional Cuna Más

Presente.

Asunto: Se ALERTA (02) 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 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)¹:

- **CASO N° 0178-2023-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0179-2023-CTVC/CUS**

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


ELIAZER CUETO VERA CAMPOS
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TÉCNICO
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO



¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

Urbanización Mariscal Gamarra A-41 / II Etapa – Cusco (Local de la Mesa de Concertación para la Lucha Contra la Pobreza) Ref. Espaldas de la Parroquia Santísima Trinidad.

Teléfono: (84) 246521. Celular: 942157052

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / cusco.rrctvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléf. CUSCO: 942157052 Teléf. LIMA: 942160511		CASO		N° 0178-2023-CTVC/CUS	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	27/03/2022		
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:					
2. APELLIDOS NOMBRES:	FARFAN BEJAR CARMEN RUTH	3. NÚMERO-DNI:	24003578		
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE KOSÑIPATA	5. CARGO:	SECRETARIA		
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:				6. FECHA DE OCURRENCIA:	27/03/2022
7. DEPARTAMENTO:	CUSCO	8. PROVINCIA:	PAUCARTAMBO		
9. DISTRITO:	KOSÑIPATA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PILCOPATA-CALLE CORONEL FERNANDEZ S/N		
11. PROCESO OPERATIVO/OBJETO DE VIGILANCIA:	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	46330648-CUIDADOR PRINCIPAL		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	08		
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):					

Durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del PNCM, la Sra. Carmen R. Farfán Béjar, secretaria del Comité de Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Kosñipata, realizó la entrevista a la Sra. Lisbeth Edith Beltrán Dumas, madre del usuario del Programa Cuna Mas, mediante ficha de vigilancia V-0152-2023-CUS-C, donde se ha identificado los siguientes puntos críticos que a continuación se detalla:

1. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista la Sra. Lisbeth Edith Beltran Dumas, Cuidador Principal del usuario del programa Cuna Mas manifestó no conocer la existencia de la plataforma "Cuna Mas digital" y tampoco recibió información acerca del dicho recurso. *Esta situación estaría contraviniendo RDE N° 334-2022-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2022" en el numeral 2.5.2. Comunicación digital: Elaborar campañas, mensajes y contenidos gráficos o audiovisuales que promuevan los servicios del PNCM y las prácticas de desarrollo infantil a madres, padres y/o cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses.*

2. **ACTOR COMUNAL NO COORDINA CON FAMILIA USUARIA LA REALIZACION DE VISITAS DOMICILIARIAS.** Durante la entrevista la cuidadora principal manifestó que la facilitadora no coordina la visita a su hogar, por lo que la Sra. Lisbeth no sabe qué día recibirá la visita domiciliaria, además refiere que cuando la facilitadora realiza la visita lo hace en horas de la noche. *Esta situación contravendría lo estipulado en la RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 7.2 Ejecución de la Prestación del SAF: 7.2.1 Visita Domiciliaria, b. Condiciones previas al desarrollo de la visita domiciliaria ... Coordinación con las familias para el desarrollo de la visita domiciliaria: El/la Facilitador/a coordina, antes de la reunión de planificación, con las familias, la participación en la visita domiciliaria, para asegurar las condiciones adecuadas para el desarrollo de estas y confirmar que se pueden*

llevar a cabo. Además, coordina con las familias la fecha y hora de la visita domiciliaria considerando el horario más adecuado para la familia, realizando el registro en el cronograma mensual de actividades del/de la Facilitador/a. Asimismo, debe considerar aspectos elementales para el cuidado de la integridad y salud de la gestante, niña, niño, familia usuaria y la suya propia, teniendo en cuenta las medidas de protección sanitarias establecidas.

3. **VISITA DOMICILIARIA DE ACOMPAÑAMIENTO FAMILIAR DURA MENOS DE 60 MINUTOS.** La cuidadora principal manifestó que en fecha 26.02.2023 fue la última visita que recibió por parte de la facilitadora, y que esta visita solo duro 10 min aproximadamente, además refiere que durante el mes de febrero solo recibió 2 visitas. *Esta situación contravendría lo estipulado en la RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 7.2 Ejecución de la Prestación del SAF: 7.2.1 Visita Domiciliaria, en el punto a. Organización operativa.*

- *Punto de atención: Casa de la niña/niño o gestante de la familia usuaria.*
- *Responsable: Facilitador/a*
- *Frecuencia: 4 veces al mes (una por semana, de preferencia)*
- *Duración de la visita: 60 minutos aproximadamente.*
- *El desarrollo de la visita domiciliaria se realiza en la lengua maternal de el/la cuidador/a principal y de la niña o el niño.*
- *Formatos: Cronograma del/de la facilitador/a - SAF (Anexo N°01), Ficha de Visita Domiciliaria a Familias con Gestante (Anexo N°02) y Ficha de Visita Domiciliaria a Familias con niña o niño hasta los 36 meses (Anexo N°03).*
- *Con la finalidad de ejecutar las visitas domiciliarias de manera adecuada, es necesario planificarlas mensualmente.*

4. **ACTOR COMUNAL NO UTILIZA MATERIAL EDUCATIVO DURANTE EL DESARROLLO DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIA USUARIA.** Así mismo la cuidadora principal señaló durante la visita a su hogar, la facilitadora no utiliza ningún material que ayude a brindar una mejor asistencia durante su visita. *Esta situación contravendría lo estipulado en la RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 7.2 Ejecución de la Prestación del SAF: 7.2.1 Visita Domiciliaria b. Condiciones previas al desarrollo de la visita domiciliaria*

- **Organización de materiales para el desarrollo de la visita domiciliaria**
El material para el desarrollo de las visitas domiciliarias se organiza previo a su ejecución, teniendo en cuenta las Cartillas para la visita domiciliaria en el SAF de acuerdo con la sesión a desarrollar con las familias. Solo se llevará a la visita domiciliaria el material planificado a utilizar.

5. **ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE EL LAVADO DE MANOS DE NIÑOS AL INICIAR UNA VISITA DOMICILIARIA/SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN.** Además, durante la entrevista la cuidadora principal señaló que la facilitadora NO promueve el lavado de manos durante sus visitas domiciliarias. *Esta situación contravendría lo estipulado en la RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas, en el numeral 7.2 Ejecución de la Prestación del SAF: 7.2.1 Visita Domiciliaria, c. Secuencia metodológica de la Visitas domiciliarias a Familias c.1 Momentos de las visitas a las familias con niña o niño hasta los 36 meses de edad:*

- *Momento 1: ¿Cómo empiezo la Visita domiciliaria a Familias? Se invita al cuidador principal a realizar la práctica de lavado de manos conjuntamente con su niña o niño. Este momento tiene una duración aproximada de cinco (05) minutos.*
- *Momento 5: ¿Cómo termino la Visita domiciliaria a Familias? Se invita al/la cuidador/a principal a realizar la práctica de lavado de manos conjuntamente con su niña o niño, promoviendo la interacción afectuosa y lúdica entre cuidador principal y niño o niña a través de la anticipación, verbalización y descripción de la actividad.*

6. ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE LA PRÁCTICA SALUDABLE DE USO Y CONSUMO DE AGUA SEGURA. Así mismo la cuidadora principal señaló no haber recibido la orientación por parte de la facilitadora en tema de Practicas saludables de uso y consumo de agua segura. *Esta situación contravendría lo estipulado en la **RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas**, en el numeral 6.2 La prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias – SAF*

- *Prácticas de Cuidado Saludable: Conjunto de acciones que realiza la gestante, madre, padre u otro/a cuidador/a principal con la niña y/o el niño hasta los 36 meses de edad relacionados al cuidado de la salud, nutrición e higiene. Las prácticas de cuidado saludable que el PNCM promueve son: a) Alimentación (lactancia materna exclusiva, prolongada y la alimentación complementaria), b) Suplementación con hierro, c) Lavado de manos, **d) Uso y consumo de agua segura** y e) Asistencia oportuna a controles CRED y asistencia oportuna a la atención prenatal.*

7. ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO DE HIERRO POR LOS NIÑOS USUARIOS DEL SERVICIO. Así mismo la cuidadora principal señaló no haber recibido la orientación por parte de la facilitadora en tema de consumo del suplemento de hierro. *Esta situación contravendría lo estipulado en la **RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas**, en el numeral 6.4 Seguimiento a consumo de suplementos de hierro, paquete integrado de atención/servicios y signos/señales de alerta: En las Visitas domiciliarias a familias el/la Facilitador/a realiza el seguimiento a:*

- Consumo de suplementos con hierro en la gestante, así como en la niña o el niño.*
- Acceso al Paquete integrado de atención a la gestante.*
- Acceso al Paquete integrado de servicios priorizados para niñas y niños.*
- Signos o Señales de Alerta en el Desarrollo de la niña o el niño.*

8. ACTOR COMUNAL NO PROMUEVE LA ASISTENCIA OPORTUNA DE LOS NIÑOS USUARIOS A SUS CONTROLES CRED. Así mismo la cuidadora principal señaló no haber recibido la orientación por parte de la facilitadora en tema de asistencia oportuna al control CRED. *Esta situación contravendría lo estipulado en la **RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas**, en el numeral 6.2 La prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias – SAF...e. Asistencia oportuna a controles (CRED y Atención Prenatal):*

- *Asistencia oportuna a controles CRED: Es la práctica mediante la cual la familia lleva a la niña o el niño a sus controles CRED de acuerdo con el calendario para su edad establecido por el sector salud. En el Programa Nacional Cuna Más se realiza el seguimiento al paquete de servicios priorizados para las niñas y los niños*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Garantizar el cumplimiento de lo estipulado en la RDE N° 0303-2023-MIDIS/PNCM-DE, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas
- Garantizar el cumplimiento de lo estipulado en la RDE N° 334-2022-MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2022”
- Que el programa garantice el cumplimiento de la RDE N°026-2022-MIDIS/PNCM, Prestación del Servicio de Acompañamientos a Familias del Programa Cuna Mas.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (05))

1. Ficha de Vigilancia V-0152-2023-CUS-C (04 folio)
2. Fotografías de entrevista.




RONDO ARDORA ARECHINO
RESPONSABLE DE CAMPO DEL EQUIPO TECNICO
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO

Anexo 01: Ficha de Vigilancia

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL CUSCO									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
Teléfono Regional:		842157952		FECHA DE VIGILANCIA				CÓDIGO Nº 0152-2023-005-6	
Teléfono Nacional:		842158311		FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL					
(A) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA				(B) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA					
(a) Vigilancia Presencial				(b) Vigilancia NO Presencial					
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.									
INDICACIONES: El Verificador 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 Verificador se presentará ante el facilitador principal (madre, padre o hijo) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.									
El Verificador debe iniciar con "B" o con Color AMARILLO si el facilitador responde en esta 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:		27/07/2023		2. HORA INICIAL de la Vigilancia:		15:30			
DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA									
3. DNI del Cuidador/a Principal:		46330648		4. NOMBRE y APELLIDOS:		Lisbeth Denisse Boffani JIMENEZ			
5. DEPARTAMENTO:		Cusco		6. PROVINCIA:		Pacasmayo			
7. DISTRITO:		Kosq'ipata		8. CDPA/Barral/Dirrección:		Calle Central Pacasmayo			
9. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Municipio:		KUNAS							
10. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:		(A) Padre (B) Madre (C) Otro							
11. IDIOMA que usa más (Idioma predominante):		(A) Español (B) Quechua (C) Aymara (D) Asháninka (E) Awajitj (F) Otro							
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO. (El Verificador PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)									
12. ¿En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Mas?		Luego especifica 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. Precisa el nombre de sus niños/as usuarios/as del Programa (en apellidos)		BOLIVAR							
14. Precisa la edad de sus niños/as usuarios/as del Programa (en meses)		9/11							
15. Precisa el sexo de sus niños/as usuarios/as del Programa		(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)			
16. ¿Sus niños/as usuarios/as 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/as están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, FOSALUD, etc.)?		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
18. ¿Sus niños/as usuarios/as tienen Cares de Atención Integral (CREDI)?		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
19. ¿Sus niños/as usuarios/as en qué fecha se realizaron el último control CREDI? (Mes y Año)		11/23 NS/NR NA		NS/NR NA		NS/NR NA		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
20. ¿Sus niños/as usuarios/as recibieron las vacunas que les corresponden?		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/as 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? Sufrido de anemia	
22. ¿Sus niños/as usuarios/as 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/as 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 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?		SI NO NS/NR		24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?		Buena Salud			
25. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?		SI NO NS/NR		25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?		Desarrollo en edad			
26. ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Mas?		SI NO NS/NR		26.1 Si marca SI, diga su nombre		Lisbeth Boffani - o municipio			
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Verificador 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 pase a la pregunta 28			
28. El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?		3		28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?					

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

DESE REGIONAL CUSCO

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

Telefonia Regional	942157552	FECHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° 5162-9a23-6a5-C	
Telefonia Nacional	942156511	FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL			

29. El mes pasado, ¿En cuántas visitas del facilitador a su hogar ha participado usted en su hogar?

30. ¿El facilitador, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?

31. Primer (última) la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, marque con X las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar:

32. ¿El facilitador le ha informado en el sistema que usted está vivo, durante la visita a su hogar?

33. ¿El facilitador cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)

34. ¿El facilitador le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura limpia y hervida?

35. ¿El facilitador le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua o jabón/almidón con agua, jabón, toalla limpia seca?

36. ¿El facilitador le orienta/practica cómo almacenar a su niño/a, según su edad (acortando exclusivamente los complementos)?

37. ¿El facilitador le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (precoz, precoz o postcoz de recomendar)?

38. ¿El facilitador le orienta/practica cómo acudir oportunamente al Centro CRED y vacunas de su niño/a, según su edad?

39. ¿El facilitador le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?

40. ¿El facilitador le orienta/practica cómo mantener limpio, seguro y organizado las materiales educativos de su niño/a?

41. ¿El facilitador le orienta/practica cómo proporcionar juegos de acuerdo a la edad y según el interés que tiene su niño/a?

42. ¿El facilitador le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?

43. ¿El facilitador le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?

44. ¿El facilitador le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar)?

45. ¿El facilitador le orienta/practica cómo cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?

46. ¿El facilitador le orienta/practica cómo brindar apoyo y servicios a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?

47. ¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?

48. ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador durante la visita son claras y comprensibles?

49. ¿El facilitador le ha firmado la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?

50. ¿El facilitador le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?

51. ¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?

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 (K) de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano para su niño/a?

53.1 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad

53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad

53.3 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?

53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
DEDE REGIONAL CUSCO
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:

042157052

Teléfono Nacional:

042160211

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° N-452-2023-Cus-C

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERACCIÓN PARA HOGARES CON MENORES DE 12 A 36 MESES (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)														
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y 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/R	56.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 56							
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/R	57.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca/NS/R				
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permaneció 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/R	59.1									
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	60.1									
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización o interacción?	SI	NO	NS/R	61.1									
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	62.1									
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/R	63.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó								
64	¿Este enfrentamiento con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
65	¿Quié recomienda usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?													
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)														
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre crianza, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/R	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/R	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?								
67.2	Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?								Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Mala	NS/R
67.3	¿Quié recomienda 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/R										
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/R	Si marca NO, NS/R, pase a la pregunta 70									
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido:	(a) Un jabón líquido con dispensador				(c) Cuatro mascarillas respiratorias KN95				(b) Otro: _____				
		(b) Un papel toalla por rollo				(d) Una bolsa que contenga todos los materiales				NS/R				
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?								Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Mala	NS/R
69.3	¿Quié recomienda 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/R			
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?								SI	NO	NS/R			
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?								SI	NO	NS/R			
73	¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?								SI	NO	NS/R			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA			
SEDE REGIONAL CUSCO			
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)			
Teléfono Regional:	942157052	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° 1-152-2023-CUS-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	
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 encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO
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
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
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
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales		
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales		
78	FECHA FINAL de la entrevista:	79	HORA FINAL de la entrevista:
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE 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:	46330648	DNI:	40708810
Nombres y Apellidos:	Lisbeth Demisse Bettrón	Nombres y Apellidos:	Rosio Ascaña Arauco
Cargo:	Madre	Cargo:	Rap de campo
Correo electrónico:		Correo electrónico:	cusco.15 dic per @ gmail . com .
Teléfono:		Teléfono:	945091660

Anexo 02: Fotografías

