

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL UCAYALI**

Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Pucallpa, 28 de diciembre del 2022

OFICIO N° 115-2022-CTVC/UCAYALI

Señor:

Manuel Gil Teagua

Jefe de la Unidad Territorial – Ucayali
Programa Nacional CUNA MAS

Presente. -

Asunto : Se ALERTA Un (01) CASO

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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 203-2022-CTVC/UCA

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,



JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional del Equipo Técnico
CTVC-UCAYALI

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléf. de Ucayali: 984063619
Teléf. Nacional: 984056206

CASO

N° 203-2022-CTVC/UCA

PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:		27/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:							
2. APELLIDOS NOMBRES:		ACHO SINARAHUA ELOISA ELENA		3. NÚMERO-DNI:		47040730	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - CALLERIA		5. CARGO:		VICEPRESIDENTE	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:		29/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:		UCAYALI		8. PROVINCIA:		CORONEL PORTILLO	
9. DISTRITO:		CALLERIA		10. CCPP/DIRECCIÓN:		CASERIO SANTO DOMINGO DE MASHANGAY	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?		48524012-CUIDADOR PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		1		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:		04 Puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):							

En el marco de la Vigilancia a la prestación de servicios del Programa Nacional Cuna Mas, se realizó las acciones de vigilancia, evidenciándose los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista a la Madre Usuaria Emperatriz Tamani Icomena, manifestó que la facilitadora, el mes de Octubre solo realizó dos visitas a su menor hijo en su hogar.
Esta situación no estaría acorde con la **RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE** "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1; en el numeral **4.2.4** Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización: - Durante la gestación y desde el nacimiento hasta los 36 meses: Cuatro visitas domiciliarias mensuales.
- 2. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista realizada a la Madre Usuaria, se le pregunto si conocía los contenidos que brinda la plataforma "Cuna Mas Digital" respondió que NO, así mismo le preguntamos si había visto algún video sobre cuentos, alimentos etc. Al respecto respondió que desconoce sobre esto.
- 3. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista a la Madre Usuaria, menciona que a la fecha el Programa no le había entregado a su menor hijo su kit de Higiene y protección a Familia.
Lo descrito estaría contraviniendo la **RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE** "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1; en el numeral **5.4 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA EN EL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS. 5.4.1 Medidas de Protección sanitaria para las visitas domiciliarias - inciso 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-19. **Periodicidad mensual.**

4. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.

Durante la entrevista a la Madre Usuaría, menciono que a la fecha el Programa no le había entregado a su menor hijo su kit de Higiene y protección a Familia.

Lo descrito estaría contraviniendo la **RESOLUCION DE DIRECCION EJECUTIVA N° 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE** "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1; en el numeral **5.4 MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA EN EL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS.**

5.4.1 Medidas de Protección sanitaria para las visitas domiciliarias - inciso 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-19. **Periodicidad mensual.**

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM.

- Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los puntos críticos alertados en el presente caso, a fin de garantizar el cumplimiento a los Principios y estándares ofrecidos por el Programa Cuna Mas.
- Sugerimos que se de a conocer a los usuarios/as sobre la Plataforma que brinda el programa Cuna Mas, y a la vez se comparta el link sobre los contenidos de Cuna Mas Digital, publicados en lapaginadel programa.
- <https://www.gob.pe/institucion/cunamas/campa%C3%B1as/2783-cuna-mas-digital>: Cuentos de Cuna, Consejos de Cuna, Cocinando con Cuna Mas, 1,2,3 Juguete, Arte en el Plato, Elmo, Sesame Street, Mas Expertos, Dr. y Dra. Cuna, Diálogos.
- Que se indague sobre los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de emisión de alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad para niñas y niños del Servicio de Acompañamiento a familias.

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

1. Ficha de Vigilancia N° 199-2022-UCA-CM (4 folios).



.....
JULISSA FIORELA MELENDEZ VENANCINO
Responsable Regional

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL UCAYALI									
FICHA DE VIGILANCIA									
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
CODIGO N° 199-2022-UCA-CM									
Teléfono Regional:	984063619								
Teléfono Nacional:	984056206								
		(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 MÁS. INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Veedor/Vigilante se presentará ante al cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego la aplicará la información. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.									
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica									
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	29/11/22	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	14:00				
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y dónde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Cuidador/a Principal:	48524042	4	NOMBRE y APELLIDOS:	EMPERATRIZ TAMAYE ECHENAYO				
5	DEPARTAMENTO:	UCAYALI	6	PROVINCIA:	COPANEL PORTILLO				
7	DISTRITO:	CASERO	8	CCP/Barrio/Dirección:	CASERO SANTO DOMINGO DE MAYA				
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	BAKUNESHKO							
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usario:	(a) Padre (b) Madre (c) Otro:							
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro:							
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)									
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as 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					
		PAULO DORON	28 MESES						
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	(F)	(M)	(F)	(M)				
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	(F)	(M)	(F)	(M)				
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)	(M)	(F)	(M)				
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE 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	SI	NO	SI	NO	SI	NO
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 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	SI	NO	SI	NO	SI	NO
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	2	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL UCAYALI

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

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

Teléfono Regional: 984053619

Teléfono Nacional: 984056206

CODIGO N° -2022-UCA-CM

29	¿El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	1	29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	21/11/22		Excelente	Regul	Malo	NS/NR
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:							
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	32.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)	60		Excelente	Regul	Malo	NS/NR
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/baño con jabón, toalla limpia o similar?	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar)?	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?			Excelente	Regul	Malo	NS/NR
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un muñeco de tela	(d) Un juego de vasos lógicos (g) Un juego de vasos lógicos (h) Un aro para ensartar (i) Un juego de bloques lógicos (j) Otro: _____	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Una pelota (b) Una pelota (c) Un juego de bloques lógicos (d) Un juego de bloques lógicos (e) Otro: _____	(f) Un juego de bloques lógicos (g) Un juego de bloques lógicos (h) Otro: _____	Excelente	Regul	Malo	NS/NR
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?	Excelente		Excelente	Regul	Malo	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?	Excelente		Excelente	Regul	Malo	NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL UCAYALI

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

Teléfono Regional:	954063619	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	-2022-UCA-CM
Teléfono Nacional:	954056206	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS 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?	y pase a la pregunta 66
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 66
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 acordadas?	Siempre
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1		Casi siempre
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTO)	SI	NO	NS/NR	58.1	SI marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?	A veces
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		Nunca
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 utilizó:	
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?	SI	NO	NS/NR	65.1		

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" (vídeos sobre cuarenta, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuarenta, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	
67.2	SI marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?						y pase a la pregunta 68:
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?	QUE SE ENTRENEN GAN MAS					

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			
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido						
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?						
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?						
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	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 domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL UCAYALI

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

Teléfono Regional:	984063619	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	-2022-UCA-CM
Teléfono Nacional:	984056206	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/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	¿Algun 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	¿Algun 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	¿Algun 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: 29/11/22 HORA FINAL de la entrevista: 14:55					
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A 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:	48524012	DNI:	47010730	DNI:	45290370
Nombres y Apellidos:	CAROLINA TRIZ YDAMANT ICAZAMA	Nombres y Apellidos:	ELSON GLENIA AYO SANCHEZ	Nombres y Apellidos:	JULISSA HELINDY VILANOVA
Cargo:	FLADRE	Cargo:		Cargo:	PA - ETR - CTIC Ucayali
Correo electrónico:	-	Correo electrónico:	elason.glenia@ymail.com	Correo electrónico:	Ucayali.ictic@pse.net.pe
Teléfono:	-	Teléfono:	97002513	Teléfono:	984063619