COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Cajamarca, 27 de diciembre de 2022.

OFICIO N° 0164-2022-CTVC/CAJAMARCA

Señor.
WILBER WILLINGTON HAQQUEHUA BUSTAMANTE
Jefe de la Unidad Territorial Cajamarca
Programa Nacional Cuna Más
Presente. -

Asunto : Se ALERTAN diez (10) 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° 0208-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0209-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0210-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0211-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0212-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0213-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0214-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0215-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0216-2022-CTVC/CAJ
- CASO N° 0217-2022-CTVC/CAJ

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA
Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
CAJAMARCA
Tania M. Hernández Villanueva
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 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

Telf. CAJAMARCA: 942155526 Telf. SEDE LIMA: 942160511	**CASO**	N° 0208-2022-CTVC/CAJ

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	28/11/2022

I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	HERNÀNDEZ VILLANUEVA LILIANA MARITZA	3. NÚMERO-DNI:	71888923
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE CAJAMARCA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA: 28/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	HUALGAYOC
9. DISTRITO:	HUALGAYOC	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MORAN LIRIO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	71964173-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03

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

El día 28/11/2022, el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Más, registró la Ficha de Vigilancia V-382-2022-CAJ-C (*Ver Anexo 1)* correspondiente a la entrevista realizada a la Sra. Flor Anilda Bardales Cruzado identificada con DNI 71964173, cuidador principal de un usuario de 15 meses de edad del Servicio de Acompañamiento a Familias, **Comité de Gestión Moran Lirio** en el distrito de Hualgayoc. Se registraron los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Flor Anilda Bardales Cruzado manifestó que la facilitadora Sra. Esther Campos solo visitó su hogar en dos oportunidades en el mes de noviembre. Dicha situación estaría contraviniendo la *RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 4.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia son cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales.*
2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Flor Anilda Bardales Cruzado manifestó que no ha recibido el kit de aprendizaje que le corresponde a su menor hija según su edad (15 meses). *Dicha situación estaría contraviniendo la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM. Que en el numeral 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados. Sobre el 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. Asimismo, puede considerarse la entrega de volantes, cartillas u otro material educativo que complementa los mensajes claves entregados en el servicio de Acompañamiento a Familias. Durante las visitas domiciliarias se promociona el uso de los materiales propios de la familia, evitando dejar material educativo usado por otra familia. Asimismo, se promueve en las familias, la elaboración y uso de material educativo de fácil lavado y desinfección, considerando que los materiales sean seguros.*
3. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista realizada a la Sra. Flor Anilda Bardales Cruzado manifestó que desconoce los contenidos que brinda la plataforma "Cuna Mas Digital", pero que la facilitadora le había mostrado algunos videos sobre cuentos, alimentos etc.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS".
- Programa Cuna Más debe dar a conocer a los usuarios/as 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 la página del 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.
- El Programa Cuna Más realice las indagaciones respectivas de 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 a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: (06)

1.- Ficha de Vigilancia V-382-2022-CAJ-C (01 folio)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA
Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana CAJAMARCA
Lic. Liliana M. Hernández Villanueva
RESPONSABLE REGIONAL

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-382-2022-CAJ-C
Teléfono Nacional:	942160511	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 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 MAS
El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará 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:	28/11/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	17:15

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

3	DNI del Cuidador/a Principal:	71564173	4	NOMBRE y APELLIDOS:	FLOR ANILDA BARDALES CRUZADO
5	DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	6	PROVINCIA:	HUALGAYOC
7	DISTRITO:	HUALGAYOC	8	CCPP/Barrio/Dirección:	MORAN LIRIO
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	MORAN LIRIO			
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) Awajún (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 VERIFICA los Documentos)*

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Mas: 1 — *Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:*

	SITUACION 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)	YANDY												
14	Precise la **edad** de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	15												
15	Precise el **sexo** de sus niños/as usuarios del Programa	(F)		(M)		(F)		(M)		(F)		(M)		
16	¿Sus niños/as usuarios tienen **DNI** (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	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** (CRED)?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?:
19	¿Sus niños/as usuarios en que **fecha** se realizaron el **último control CRED**? (Mes y Año)	11	22	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?	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 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	NS/NR	24.1	Si marca SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	para que esten bien en su crecimiento
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 SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	asi van aprendiendo
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26.1	Si marca SÍ, diga su nombre	Esther Campos

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	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	**y pase a la pregunta 33**
28	El mes pasado ¿**Cuántas visitas** a su hogar ha realizado el facilitador/a?	2			28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:	
29	El mes pasado ¿En cuántas **visitas** del facilitador/a **ha participado Usted** en su hogar?	2			29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:	
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la **fecha y hora** de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca / NS/NR
31	Precise Usted la **fecha de la última visita** a su hogar, realizada por el facilitador/a	21	11	22			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA

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

Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-382-2022-CAJ-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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?	SI	NO	NS/NR			
33	¿El facilitador/a cuánto **tiempo** permanece en su hogar durante la visita? *(Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)*	60			33.1	*Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:*	
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/NR	34.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/caño con caño, jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NS/NR	35.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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)?	SI	NO	NS/NR	37.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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?	SI	NO	NS/NR	38.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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?	SI	NO	NS/NR	39.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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 niña/o?	SI	NO	NS/NR	41.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?	SI	NO	NS/NR	44.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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?	SI	NO	NS/NR	45.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / 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 apego?	SI	NO	NS/NR	46.1	*Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:*	Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1	*Si marca SI, diga algunos materiales que utiliza:* juegos, trapo	
48	¿Las orientaciones que le brinda 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 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 brinda 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:* ***pase a la pregunta 54***	

						NS/NR	NA
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de **00 a 18 meses de edad**	(a) Una sonaja	(d) Un juego de almohadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas		
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro:		
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un tiiera de tela			
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a **de 19 a 36 meses de edad**	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela	NS/NR	NA
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:		
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:					Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR	
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-382-2022-CAJ-C
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

B) 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?		y pase a la pregunta 56
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 58
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 cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca/NS/NR	
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al 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)	60			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 SÍ, diga algunos materiales que utilizó:	títeres, juguetes de plastico	
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?		y pase a la pregunta 68:
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, 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?:						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 líquido con dispensador			(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	(e) Otro:		NS/NR
		(b) Un papel toalla por rollo			(d) Una bolsa que contenga todos los materiales			
	69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?:						Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR	
	69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?							
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?						SI / NO / NS/NR	
71	¿El Facilitador/a usa 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 CAJAMARCA
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Telefono Regional:	942155526	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-382-2022-CAJ-C
Telefono 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	NS/NR
	74.2	¿**Es oportuna** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias	SI	NO	NS/NR
	74.2	¿**Es comprensible** la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
75	**NEUTRALIDAD (Imparcialidad)**				NS/NR
	75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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 facilitadora 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 facilitadora y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
76	**OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales**				
77	**RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales**				

78	**FECHA FINAL de la entrevista:**	28/11/2022	79	**HORA FINAL de la entrevista:**	17:40

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:	71964173	**DNI:**	71888923	**DNI:**	71888923
Nombres y Apellidos:	Flor Anilda Bardales Cruzado	**Nombres y Apellidos:**	Liliana Maritza Hernández Villanueva	**Nombres y Apellidos:**	Liliana Maritza Hernández Villanueva
Cargo:	Cuidador principal	**Cargo:**	Responsable Regional	**Cargo:**	Responsable Regional
Correo electrónico:		**Correo electrónico:**	cajamarca.cctvcpen@gmail.com	**Correo electrónico:**	cajamarca.cctvcpen@gmail.com
Teléfono:	926328997	**Teléfono:**	942155526	**Teléfono:**	942155526