

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 29 de diciembre de 2022

**OFICIO N° 0221-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS**

Señor

**KANEBO VARGAS CAMPOS**

Jefe de la Unidad Territorial Lima Metropolitana

Programa Nacional Cuna Más

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA cinco (05) 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 los siguientes CASOS<sup>1</sup>:

- CASO N° 0252-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0253-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0254-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0255-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0256-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente,

  
VLADIMIR I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Se adjunta (32 folios)

---

<sup>1</sup> 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. de Lima- Provincias: 984996604<br>Telf. Nacional: 984056206 | <b>CASO</b> | N° 0255-2022-CTVC/LIP |
|-------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------------|

|                  |          |                       |            |
|------------------|----------|-----------------------|------------|
| PROGRAMA SOCIAL: | CUNA MÁS | 1. FECHA DE REGISTRO: | 07/12/2022 |
|------------------|----------|-----------------------|------------|

## I. DATOS DEL VEEDOR/INFORMANTE/SOLICITANTE:

|                             |                                                                             |                |                      |
|-----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------|----------------------|
| 2. APELLIDOS NOMBRES:       | LUIS HERNESTO RUIZ PALOMINO                                                 | 3. NÚMERO-DNI: | 46328376             |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITÉ TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS | 5. CARGO:      | RESPONSABLE DE CAMPO |

## II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

|                                           |                                                   |                                            |                             |
|-------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------|-----------------------------|
| 7. DEPARTAMENTO:                          | LIMA                                              | 8. PROVINCIA:                              | YAUYES                      |
| 9. DISTRITO:                              | VIÑAC                                             | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                        | JR. LIBERTAD                |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA | GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS | 12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? | 45810920-CUIDADOR PRINCIPAL |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS                 | 1                                                 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS            | 5                           |

## III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):

Durante las acciones de vigilancia al Proceso de Gestión del Servicio de Acompañamiento a Familia, por parte de un veedor integrante del Equipo Técnico de Lima Provincias del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, se realizó entrevista telefónica a Sra. Soledad Esther Huamán Flores, aplicándose la ficha de vigilancia V-267-LIP-C identificándose los siguientes puntos críticos:

### 1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.

En entrevista telefónica dijo que la facilitadora, Claudia Taquire Guerra, no visitaba su casa desde aproximadamente la primera semana de agosto. Así que ella asumió que el programa Cuna Mas le habia retirado a su menor hija

Esta situación estaria contraviniendo a lo estipulado en el RDE-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 (04) visitas domiciliarias mensuales.***

### 2. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.

En cuanto a las de sesiones de socialización que desarrolla el programa, en la entrevista, la mama dijo que desconoce y que no le había hecho participe hasta el momento.

Esta situación contraviene a lo estipulado en el RDE-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...

Sesiones de Socialización:

**Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso...**

### 3. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.

En entrevista telefónica, la madre de la usuaria dijo que hasta el momento el programa no le ha enviado a su hija menor el kits de materiales de aprendizaje.

Lo descrito estaría contraviniendo el numeral 4.2.3, la RDE N° 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE donde estipula que; Considera un Kit de la niña, niño y dela 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.

**4. FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**

Durante la entrevista telefónica, se le preguntó a la madre usuaria si estaba al tanto del contenido que brinda la plataforma "Cuna Más Digital" y respondió NO que no sabía, nadie le había comentado algo similar al respecto.

De igual forma, el programa nunca le mostró los videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el programa Cuna Más

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

En entrevista telefónica con la madre de la usuaria, mencionó que desde octubre y noviembre de 2022, el programa no le entrega a su menor un kit de higiene y protección para el hogar. "

Lo descrito estaría contraviniendo el inciso e, el numeral 5.4.1. RDE N° 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE Estipula que; 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:**

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Gestión del Servicio de Cuidado Diurno y en observancia a los lineamientos técnicos y normativas vigentes del Programa Nacional Cuna Más, se sugiere lo siguiente:

- ❖ Dar cumplimiento a lo estipulado en el RDE-000026-2022-MIDIS/PNCM-DE. "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", versión 1, a fin de brindar un servicio de calidad a los usuarios del programa.

Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1. Copia Ficha de Vigilancia V-267-LIP-C (04 folios)



Vladimir I. GONZALES PACHECO  
Responsable Regional Lima Provincias  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

LIMA PROVINCIAS

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

Hoja de Registro

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                           |                                                                       |                                                                                |                                |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| Teléfono Regional:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 984956604                                                                                                 | FICHA DE VIGILANCIA                                                   |                                                                                | CODIGO N°                      | V-267-11P                                                                           |
| Teléfono Nacional:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 984056205                                                                                                 | 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                                                   |                                |                                                                                     |
| <p>OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS</p> <p>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</p> <p>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.</p> <p>El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color ANARANJO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.</p> |                                                                                                           |                                                                       |                                                                                |                                |                                                                                     |
| En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                           |                                                                       |                                                                                |                                |                                                                                     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA INICIAL de la Vigilancia:                                                                           | 07/10/2021                                                            | 2                                                                              | HORA INICIAL de la Vigilancia: | 3:05 PM                                                                             |
| I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                           |                                                                       |                                                                                |                                |                                                                                     |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DNI del Cuidador/a Principal:                                                                             | 45810920                                                              | 4                                                                              | NOMBRE y APELLIDOS:            | Gochoch Esther Huamani Jara                                                         |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DEPARTAMENTO:                                                                                             | Lima                                                                  | 6                                                                              | PROVINCIA:                     | Yauy Yauy                                                                           |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DISTRITO:                                                                                                 | San Juan de Yauy                                                      | 8                                                                              | CCPP/Barrio/Dirección:         | Sto. Liberto S/n Vinal                                                              |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                |                                                                       |                                                                                |                                |                                                                                     |
| 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) Ashaninka (e) Awajit (f) Otro: |                                                                                |                                |                                                                                     |
| II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/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 Más?                                     | 2                                                                     | Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla: |                                |                                                                                     |
| SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                           | NIÑO/A 1                                                              |                                                                                | NIÑO/A 2                       |                                                                                     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)                                   | JUAN TAYAN                                                            |                                                                                |                                |                                                                                     |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)                                          | 24                                                                    |                                                                                |                                |                                                                                     |
| 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                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?                     | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?                                          | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)                     | 10/22                                                                 | NS/NR                                                                          | NA                             | Mes Año                                                                             |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?                                        | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?                                                  | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?                                  | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?                                                                     | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | SI                                                                                  |
| III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A 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 SI o NO, diga ¿Por qué?                                               |
| 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?                                               |
| 26                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?                                        | SI                                                                    | NO                                                                             | NS/NR                          | 26.1 Si marca SI, diga su nombre:                                                   |
| A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/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? No sabe con qué frecuencia y pase a la pregunta 53 |
| 28                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?                                  |                                                                       |                                                                                |                                | 28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?                                            |

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

LIMA PROVINCIAS

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

|                    |           |                                |  |                 |  |
|--------------------|-----------|--------------------------------|--|-----------------|--|
| Teléfono Regional: | 884896604 | FICHA DE VIGILANCIA            |  | CODIGO N° _____ |  |
| Teléfono Nacional: | 884058208 | 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 ☐ NSMR 54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *porque no le permitieron* y pase a la pregunta 66

55. El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *porque no me permitieron* 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 ☐ NSMR 56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada? ☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ NSMR

57. ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 57.1

58. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTO) 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 ☐ NSMR 59.1

60. ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 60.1

61. ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 61.1

62. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 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 ☐ NSMR 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 ☐ NSMR 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" (vídeos sobre cuantos, alimentación, consejos de crianza)? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

67. Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuantos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR 67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 68:

67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSMR

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 ☐ NSMR

69. El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR Si marca NO, NSMR, pase a la pregunta 76:

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:  NSMR

(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 NSMR

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 ☐ NSMR

71. ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR

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 ☐ NSMR

73. ¿El Facilitador/a promueve el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NSMR

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

LIMA PROVINCIA

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

|                    |           |                                |  |           |
|--------------------|-----------|--------------------------------|--|-----------|
| Teléfono Regional: | 984996604 | FICHA DE VIGILANCIA            |  | CODIGO N° |
| Teléfono Nacional: | 084058208 | 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/MR 54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *desde julio no ha sido* y pase a la pregunta 66

55. El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *desde julio no ha sido* 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/MR 56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada? ☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ NS/MR

57. ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 57.1

58. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTO) 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/MR 59.1

60. ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 60.1

61. ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 61.1

62. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 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/MR 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/MR 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 cuantos, alimentación, consejos de crianza)? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

67. Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuantos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR 67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 68:

67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo ☐ NS/MR

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/MR

69. El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR Si marca NO, NS/MR, 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/MR  
(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/MR

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/MR

71. ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO ☐ NS/MR

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/MR

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/MR

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
LIMA PROVINCIAL

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

Teléfono Regional:

984996804

Teléfono Nacional:

984056208

**FICHA DE VIGILANCIA**

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°

**V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO** (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

**74 TRANSPARENCIA**

**74.1** ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

**74.2** ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

**74.2** ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?

☒ SI ☒ NO

☒ SI ☒ NO

☒ 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?

**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?

**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

☐ SI ☒ NO

☐ SI ☒ NO

**76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales**

*Recibí la última visita con el mejor gusto. gracias.*

**77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales**

**78 FECHA FINAL de la entrevista:**

*02/12/2021*

**79 HORA FINAL de la entrevista:**

*3:31pm*

**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 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: *45810920*

DNI:

DNI: *46328376*

Nombres y Apellidos: *Solange Esther Huamán Flores*

Nombres y Apellidos:

Nombres y Apellidos: *Luisa Ruiz Palomino*

Cargo: *Cuidador/a principal*

Cargo:

Cargo: *Responsable de campo*

Correo electrónico:

Correo electrónico:

Correo electrónico: *lima.provincia@provincia.gob.pe*

Teléfono: *987533172*

Teléfono:

Teléfono: *98620084*