

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

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres"**

**OFICIO N° 005-2023-CTVC/PASCO**

Pasco, 06 de enero del 2023

Señor:

Richard Teófilo Santiago Loyola

Coordinador de la Unidad Territorial del Programa Nacional Cuna Más – Pasco

Pasco.-

**Asunto: 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizado por los CLTVC distritales, adjunto al presente le hago llegar el siguiente CASO<sup>1</sup>:

- CASO N° 005-2023-CTVC/PAS

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos alertados, adjuntamos en anexo la ficha de vigilancia y otras evidencias; concluido su procedimiento, sírvase comunicar los resultados de las mismas.

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

Atentamente,



Rotando Valentín Arias  
Responsable Regional CTVC Pasco

Cc. Arch.  
CTVC. Nac.

<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. Sede PASCO: 942161945  
Telf. SEDE LIMA: 942160416

# CASO

N° 005-2023-CTVC/PAS

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	29/11/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ROLANDO VALENTÍN ARIAS	3. NÚMERO-DNI:	04000520
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – YANACANCHA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL PASCO
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	29/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	PASCO	PROVINCIA:	OXAPAMPA.
9. DISTRITO:	VILLA RICA.	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CC. NN Nagazú.
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	74606520-Usuario.
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02 Puntos Críticos.
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>			

El 29/11/2022, realizó la veeduría presencial inopinada a la Sra. Betsy Martha Huancho Espíritu, madre de usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familia (SAF) del Cuna Más del Comité de Gestión "PUENTE PAUCARTAMBO, en distrito de Villa Rica donde se pudo evidenciarse el siguiente punto crítico:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** – Al realizar la entrevista a la madre de la usuaria, dijo que no le entregaron Kit de materiales de aprendizaje (Kit de cero a 18 meses) desde que fue afiliado al programa, espera que le entreguen pronto. (**Ver Ficha de Vigilancia**).
2. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**- Al realizar la entrevista a la madre de la usuaria, manifestó desconocer el servicio virtual que brinda "Cuna Más Digital", espera que la facilitadora haga conocer el servicio en mención (**Ver Ficha de Vigilancia**).

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

El programa debe de garantizar el cumplimiento de lo establecido en la RDE-00326-2022-MIDIS/PNCM-DE, referente al plan comunicacional digital.

El programa debe de garantizar el cumplimiento de lo establecido en la RDE-000334-2022-MIDIS/PNCM-DE, referente al plan comunicacional digital.

Sugerimos que se entregue los materiales de aprendizaje y los hagan conocer los servicios que brinda "Cuna Más Digital" y así mejorar la atención a los usuarios y dar solución a los puntos críticos y nos comunique las mejoras.

#### V. Anexo (Total de páginas/folios: 04)

Ficha de V-061-2022-PAS-C (folios 04).



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

Telefono Regional: 942 161 945  
Telefono Nacional: 984 056 206

FICHA DE VIGILANCIA  
FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-061-2022-MS-C

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.  
INDICACIONES: El Visitador/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana explicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.  
El Visitador/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 Visitador/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 LETYENDA: NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica

1. FECHA INICIAL de la Vigilancia: 19/11/2022 2. HORA INICIAL de la Vigilancia: 18:30 o m

3. DNI del Cuidador/a Principal: 71666520 4. NO. LIBRE Y APELLIDOS: Betty Nelly Huancho Espinoza

5. DEPARTAMENTO: Pasco 6. PROVINCIA: Distrito

7. DISTRITO: Villa Rica 8. CCP/BB/Ind/Dirección: CCUW Ingaqui

9. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece: Comité Municipal

10. PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario (a): (a) Padre (b) Madre (c) Otro: Yancho

11. IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Yesuto (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajit (f) Otro: Yancho

12. En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más? 01  
SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO: NIÑO/A 1 NIÑO/A 2 NIÑO/A 3 OBSERVACIONES:

		(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)
13	Precese el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)						
14	Precese la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)						
15	Precese el sexo de sus niños/as usuarios del Programa						
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESALUD, otros)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CREA)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CREDA? (Mes y Año)		12	11	NS/NR	NA	NS/NR
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUTABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS

24. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses? X 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? X 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? X NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga su nombre: Beyla Huancho Ortiz

A) VISTAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Visitador/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? X NO NS/NR 27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?  Y pase a la pregunta 53

28. El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a? 04 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? 04 29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

Teléfono Regional: 942 161 945  
Teléfono Nacional: 984 056 206

		NO	NS/NR	SI	NS/NR	30-1	¿El facilitador cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca/NS/NR
30	¿El facilitador, acorda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	30-1	¿El facilitador cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca/NS/NR	
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador?										
<b>A partir de la pregunta 32 hasta la 52, preciese Usted las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar.</b>											
32	¿El facilitador le ha facilitado en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	33-1	¿Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
33	¿El facilitador le ha facilitado el tiempo permanente en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)		OL				Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
34	¿El facilitador le orienta/practica como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	34-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
35	¿El facilitador le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua y jabón/ jabón, toalla limpia o similar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	35-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
36	¿El facilitador le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (alimento adecuado/alimentación complementaria)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	36-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
37	¿El facilitador le orienta/practica como dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	37-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
38	¿El facilitador le orienta/practica como asistir oportunamente al Control CREO y Vacunas de su niño/a, según su edad?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	38-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
39	¿El facilitador le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	39-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
40	¿El facilitador le orienta/practica cómo mantener juguetes, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	40-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
41	¿El facilitador le orienta/practica como proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	41-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
42	¿El facilitador le orienta/practica como permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	42-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
43	¿El facilitador le orienta/practica como fomentar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	43-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
44	¿El facilitador le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderte, esperar a que él/ella responda)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	44-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
45	¿El facilitador le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	45-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
46	¿El facilitador le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y amor?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	46-1	Si marca SI, diga usted cómo veía esta orientación.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
47	¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	47-1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó.	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador durante la visita son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	48-1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Doméstica" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	49-1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
50	¿El facilitador le brindó buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	50-1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	51-1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
52	¿Que 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 Temporal)" para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/>	SI	NS/NR	53-1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54.					
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una soga	(d) Un juego de alfileres	(g) Un juego de vasos lógicos	(i) Un rompecabezas						
		(b) Una pelota	(e) Un juego de cartas de pasta	(h) Un sac para ensartar	(n) Otro:						
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(j) Un libro 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 manita de algodón o poler o alfombra de tela						
		(b) Una pelota	(d) Un juego de empujados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:						
53.3	¿Como valora usted los materiales que le entregaron?						Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala/NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?										

53.1 (a) Una soga (d) Un juego de alfileres (g) Un juego de vasos lógicos (i) Un rompecabezas  
 (b) Una pelota (e) Un juego de cartas de pasta (h) Un sac para ensartar (n) Otro:  
 (c) Dos cuentos (f) Un juego de alimentos (j) Un libro de tela  
 53.2 (a) Un camión (c) Un muñeco de tela (e) Un juego de vasos lógicos (g) Una manita de algodón o poler o alfombra de tela  
 (b) Una pelota (d) Un juego de empujados (f) Un juego de bloques lógicos (h) Otro:  
 53.3 Excelente Buena Aceptable Regular Mala/NS/NR  
 53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales? *El kit entregado es de plástico despreciable*

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

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF- PRESENCIAL

CODIGO N° V-061-2022-PAS-C

Teléfono Regional: 942 161 945  
Teléfono Nacional: 904 056 206

B) SESIONES DE SOCIALIZACION E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 36 MESES (El Vendedor 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?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
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	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		Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)			NS/NR	58.1	Si marca MENOS de 50 MINUTOS, diga ¿Por qué?					NS/NR
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						NS/NR
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1						NS/NR
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominantemente durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1						NS/NR
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:					NS/NR
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?					NS/NR
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?					NS/NR
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?										

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL" (El Vendedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (Voces sobre cuarenta, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					NS/NR	
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					NS/NR	
67.2	Si marca SI ¿Cómo valoró usted los materiales audiovisuales que ha visto?						Excelente	Buena	Aceptable	Pegajosa	Mala	NS/NR
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?											

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Vendedor 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							NS/NR
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR							NS/NR
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a)	(b)	(c)	(d)	(e)	(f)	(g)	(h)	(i)	NS/NR
69.2	¿Cómo valoró usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	Excelente	Buena	Aceptable	Pegajosa	Mala	NS/NR				
69.3	¿Qué recomendación le dio 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							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							NS/NR
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/NR							NS/NR
73	¿El Facilitador/a protege 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							NS/NR

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

FICHA DE VIGILANCIA

SEDE REGIONAL PASCO

CODIGO N° V-061-2022-PAS-C

Teléfono Regional: 942 161 945  
Teléfono Nacional: 984 056 206

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

74	TRANSPARENCIA		SI	NO	NS/NR
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?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		SI	NO	NS/NR
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	NS/NR
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	NS/NR
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI	NO	NS/NR

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales: *No recibir los preguntas.*

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales: *Exhorte de los jueces.*

78 FECHA FINAL de la entrevista: *29/11/2022* 79 HORA FINAL de la entrevista: *11:40 am.*

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:	<i>74606520</i>	DNI:	<i>46511590</i>	DNI:	<i>04000920</i>
Nombres y Apellidos:	<i>Betsy Martha Huicho Espirito</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Wally Olavea Huamán</i>	Nombres y Apellidos:	<i>Rafael Salazar Torres</i>
Cargo:	<i>Cuidadora Principal</i>	Cargo:	<i>Vice presidente</i>	Cargo:	<i>Asp. Reg. C.V.C. Pasco.</i>
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	<i>pasco.vted@corpoemulcom</i>
Teléfono:	<i>974917820</i>	Teléfono:	<i>990670112</i>	Teléfono:	<i>942167945</i>

*Buendía*

*W*

*Rafael Salazar Torres*