

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

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

OFICIO N° 009-2023-CTVC/PASCO

Pasco, 09 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 CASO¹:

- CASO N° 009-2023-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.

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. Sede PASCO: 942161945
Telf. SEDE LIMA: 942160416

CASO

N° 009-2023-CTVC/PAS

| | | | |
|--|---|--|----------------------------|
| PROGRAMA SOCIAL: | CUNA MÁS | 1. FECHA DE REGISTRO: | 06/12/2022 |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR: | | | |
| 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 |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: | 06/12/2022 |
| 7. DEPARTAMENTO: | PASCO | PROVINCIA: | DANIEL ALCIDES CARRIÓN |
| 9. DISTRITO: | SANTA ANA DE TUSI | 10. CCPP/DIRECCIÓN: | Distrito de Goyllarisquiza |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: | GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? | 70303276-Usuario. |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 01 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: | 02 Puntos Críticos. |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES): | | | |

El 06/12/2022, realizó la veeduría presencial inopinada a la Sra. Angela Leonor Rivera Nolasco, madre de la usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familia (SAF) en el distrito de Goyllarisquiza del Cuna Más del Comité de Gestión "TAHUARMAYO, en distrito de Santa Ana de Tusi donde se pudo evidenciarse los siguientes puntos críticos:

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. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".**- Por otra parte, también la madre de la usuaria manifestó que 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-070-2022-PAS-C (folios 04).


 Rolando Valentín Arias
 Responsable Regional CTVC Pasco

Av. Gamaniel Blanco Murillo N° 505 2do piso, (Local de la MCLCP Pasco)
Calle José Nicolás Rodrigo N 580. Urb. Los Pinos – Surco – Lima

Portal: www.ctvcperu.org Correo Pasco: valentin@ctvcperu.org Correo Nacional: comite@ctvcperu.org

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

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

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

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-010-2022-PAS-C

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA
(a) Vigilancia Presencial (b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CAMPESINAS CON LOGROS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.
INDICADORES: El Visitador/asistente del Centro Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplica esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS
El Visitador/asistente se presenta ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor de la familia, le explica el objetivo de la vigilancia y luego la soluciona información.
El Visitador/asistente debe marcar con "X" a con Coder ABARILLADO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LETENDA: - NS/NP -No sabe, no responde NA-No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 06/12/2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 18:00pm

3 DNI del Cuidador/a Principal: 70303276

4 NOMBRE Y APELLIDOS: Miguel Leonor Rivero Alayo

5 DEPARTAMENTO: Pasco 6 PROVINCIA: Dama

7 DISTRITO: Yellamunguiga 8 CPEB/Barrio/Dirección: Villa Alegre, Yellamunguiga

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Yellamunguiga

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

11 IDIOMA que usa más (sistema predominante): (a) Quechua (b) Aymara (c) Asháninka (d) Awajun (e) Otro: Yellamunguiga

12 EN SU Hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más? 01 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) | Miguel | | | |
| 14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses) | 13 | | | |
| 15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa | M | | | |
| 16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Cartá de Atención Integral (CAIED)? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año) | 12/11 | NS/NP | SI | NO |
| 20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año? | NO | NS/NP | SI | NO |
| 23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia? | NO | NS/NP | SI | NO |

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

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?

26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?

A) VISTAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (E) 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?

28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?

29 El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

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

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° Y-010-2022-PLS-C

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

| 31 | | 02 | | 12 | | 22 | | | |
|--|--|-------------------------------------|--------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------|--|-----------------------------|--|
| A partir de la pregunta 32 hasta la 52, pregúntese Usted las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar: | | | | | | | | | |
| 32 | ¿El facilitador le habla/escucha en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | | | | |
| 33 | ¿El facilitador cuánto tiempo permaneció en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS) | <input type="checkbox"/> | 04 | | | 33.1 | Si marca MENOS de 04, diga ¿Por qué? | | |
| 34 | ¿El facilitador le orientó/practicó cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 34.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 35 | ¿El facilitador le orientó/practicó cómo lavar las manos a su ritmo con agua y jabón/ jabón, soda limpa o similar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 35.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 36 | ¿El facilitador le orientó/practicó como almacenar a su ritmo, según su edad (¿adónde se almacenó la comida?) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 36.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 37 | ¿El facilitador le orientó/practicó como tirar Suplemento de Hierro a su ritmo (jarabe, golos o polvo de micronutrientes) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 37.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 38 | ¿El facilitador le orientó/practicó como asistir oportunamente al Centro CRED y Vacunas de su niño, según su edad? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 38.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 39 | ¿El facilitador le orientó/practicó como implementar en su hogar un espacio de juego limpio y seguro para su niño? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 39.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 40 | ¿El facilitador le orientó/practicó como mantener limpio, seguro y organizado los materiales educativos de su niño? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 40.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 41 | ¿El facilitador le orientó/practicó como proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el ritmo que tiene su niño? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 41.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 42 | ¿El facilitador le orientó/practicó como permitirle que su niño explore y/o juegue libremente? <i>Free play</i> | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 42.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 43 | ¿El facilitador le orientó/practicó como permitirle que su niño por sus propios alcances al jugar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 43.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 44 | ¿El facilitador le orientó/practicó como interactuar con su niño (mirarlo, escucharlo, hablarle/respondiendo, esperar su turno)? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 44.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 45 | ¿El facilitador le orientó/practicó como cantarle, narrarle historias y cuentos a su ritmo usando gestos y dibujos sencillos? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 45.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 46 | ¿El facilitador le orientó/practicó como tocarle abeto y canciones a su ritmo para que sienta seguridad, confianza y amor? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 46.1 | Si marca SI, diga usted cómo y cómo eso orientador | Excelente | Bueno |
| 47 | ¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 47.1 | Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: | | |
| 48 | ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador durante la visita son claras y comprensibles? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 48.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? | | |
| 49 | ¿El facilitador le hizo firmar la 'Ficha de Visita Dominical' como constancia de haber realizado la visita a su hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | NS/NR | 49.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? | | |
| 50 | ¿El facilitador le brinda buen trato a su niño y a usted en cada momento durante la visita a su hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> | 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 type="checkbox"/> | SI | <input type="checkbox"/> | 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? | <input type="checkbox"/> | SI | <input checked="" type="checkbox"/> | 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 de 00 a 18 meses de edad | (a) | Una soga | (d) | Un juego de almohadilla | (g) | Un juego de vasos plásticos | (j) | Un impeccezas |
| | | (b) | Una pelota | (e) | Un juego de arañitas de plástico | (h) | Una aro para ensartar | (k) | Oros |
| | | (c) | Doce cuerdas | (f) | Un juego de alimentos | (i) | Un litro de tela | | |
| 53.2 | Marque los materiales que le entregaron para su niño de 19 a 36 meses de edad | (a) | Un carrón | (c) | Un muñeco de tela | (e) | Un juego de vasos plásticos | (g) | Una marca de algodón o paja o alfombra de tela |
| | | (b) | Una pelota | (d) | Un juego de entonadores | (f) | Un juego de bloques lógicos | (h) | Oros |
| 53.3 | ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron? | | | | | | | | |
| 53.4 | ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales? | | | | | | | | |

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PASCO

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

Teléfono Regional: 942 161 945

Teléfono Nacional: 394 056 206

FIGURA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

COORDINO N° V-070-2022-PA5-0

| B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 18 MESES (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR) | | Y pase a la pregunta 66 | |
|---|--|--|---|
| 54 | El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 55 | El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 56 | ¿El facilitador/a acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 57 | ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amigable, cómodo y ventilado? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 58 | ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS) | 60.1 | 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? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 60 | ¿El facilitador/a motiva a que usted le enseñe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 61 | ¿El facilitador/a usa el idioma predominantemente durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 62 | ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 63 | ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 64 | ¿Estaría satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 65 | ¿Que recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización? | | |
| C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR) | | | |
| 66 | ¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre crianza, alimentación, consejos de crianza)? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 67 | ¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza disponibles por el Programa Cuna Más? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 67.1 | Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? | 67.1 | SI marca NO, diga ¿Por qué? |
| 67.2 | Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? | 67.1 | SI marca NO, diga ¿Por qué? |
| 67.3 | ¿Que 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 como prevenir el contagio del COVID 19? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 69 | El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 69.1 | Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido: | (a) Un jabón/líquido con dispensador <input checked="" type="checkbox"/> | (b) Un papel toalla por rollo <input checked="" type="checkbox"/> |
| 69.2 | ¿Cómo valora usted el Kit de higiene y protección que le entregaron? | (c) Si marca NO, ¿NS/NR, pase a la pregunta 70. | (d) Una bolsa que contenga todos los materiales <input checked="" type="checkbox"/> |
| 69.3 | ¿Que recomendaría usted para mejorar este kit de Higiene y protección? | <i>Que entreguen más kits para todos los materiales anteriores</i> | |
| 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? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 71 | ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 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? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |
| 73 | ¿El Facilitador/a precifica el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> NO |

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

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

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL
CODIGO N° V-070-2022-PAS-C

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor pregunta al Ciudadano 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) | | | | | | | |
| 75.1 | ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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 facilitador y/o servidor público le pidió que pague 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 facilitador 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 | | | | | | | |
| 77 | RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales | | | | | | | |
| 78 | FECHA FINAL de la entrevista: | | | | | | | |

Recomendar los sujetos, los bits de login del sistema cada mes.

06/12/2022 10:59:00

| DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACION DURANTE LA APLICACION DE LA FICHA DE VIGILANCIA | | DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA | | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TECNICO REGIONAL DEL COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION | |
|---|---------------------------|--|-----------------------|---|-----------------------------|
| DNI: | 70303296 | DNI: | 04000520 | DNI: | 04000520 |
| Nombres y Apellidos: | Angelomar Eusebio Nolasco | Nombres y Apellidos: | Rebende Alcedo Flores | Nombres y Apellidos: | Rebende Alcedo Flores |
| Cargo: | Tedro Ciudadano | Cargo: | Pasp Pasg CRUC Pasno | Cargo: | Pasp Pasg CRUC Pasno |
| Correo electrónico: | | Correo electrónico: | | Correo electrónico: | pasce.ortecopasce@gmail.com |
| Teléfono: | 981837588 | Teléfono: | | Teléfono: | 942161945 |

[Firma]

[Firma]