

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

Morales, 05 de enero de 2023

OFICIO N°0002-2023-CTVC/SAN MARTÍN

Señor:

Fredy Manrique Rojas

Coordinador Territorial- San Martín

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 (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 como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar los siguientes CASOS¹

- CASO N°0006-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0007-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0008-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0009-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0010-2023-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar el resultado del mismo.

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

Atentamente,


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.

2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.

3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.

4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0010-2023-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	30/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	RODRIGUEZ AMASIFEN MARIA ELISABETH	3. Número-DNI:	00950375
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – CAYNARACHI	5. Cargo:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	30/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	CAYNARACHI	10. CCPP/Dirección:	C.P ALIANZA
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	46331087-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de los servicios del Programa Cuna Más, el día 30/11/2022 se realizó una entrevista, mediante Ficha de Vigilancia V-303-2022-SAN-C, a la Sra. Gleyni Sajami Morales, identificada con DNI N° 46331087, madre de un usuario perteneciente al Comité de Gestión “Los Niños Del Valle Del Shanusi” del distrito de Caynarachi; se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO PROMUEVE EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO DE HIERRO PARA LOS NIÑOS USUARIOS DEL SERVICIO.** La entrevistada refiere que su niño usuario del programa no consume el suplemento de hierro, esto desde que el niño en el último examen de hemoglobina realizado cuando tenía la edad de 24 meses, no tenía anemia. Es decir, que hace 4 meses que el niño no consume suplemento de hierro.

2. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL."** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Gleyni Sajami, si conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza) a lo que refirió que es la primera vez que escucha sobre este servicio.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

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

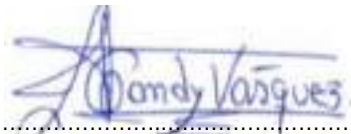
- El Programa nos pueda informar las acciones de coordinación intersectorial que viene realizando en virtud del cumplimiento de las estrategias de control y prevención de la anemia de las niñas y niños usuarios del Programa, como lo establecen los lineamientos

y directivas vigentes para garantizar que los niños usuarios del programa reciban suplementación preventiva de anemia.

- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

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

1. Ficha de vigilancia: V-303-2022-SAN-C (04 folios)



Iris Gandy Vasquez Huaman
Responsable de Campo

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana



ANEXOS:

1. Ficha de vigilancia: V-303-2022-SAN-C (04 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL SAN MARTIN VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																	
Teléfono Regional:		94 21 58 97 1-92 00 3 38 57		FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-303-2022-SAN-C									
Teléfono Nacional:		94 58 95 00 2		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 presentará ante el comité de fiscalización (padre, padre o tutor) de la familia la aplicación al objetivo de la vigilancia y luego lo retirará e informará.</p> <p>El Veedor/Vigilante deberá marcar con "SI" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.</p>																	
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NSMR=No sabe, no responde NA=No aplica																	
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:			30/11/2022			2	HORA INICIAL de la Vigilancia:			2:34:00 p. m.						
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA																	
3	DNI del Cuidador/a Principal:			46311087			4	NOMBRE y APELLIDOS:			GLENNI SAJANI MORALES						
5	DEPARTAMENTO:			SAN MARTIN			6	PROVINCIA:			LAJAS						
7	DISTRITO:			CAYNARACHI			8	CGPP/Barrio/Dirección:			SAN MIGUEL DE SHANUSI						
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: "LOS NIÑOS DEL VALLE DEL SHANUSI"																
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) Awaqit	(f) Otro: _____				
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)																	
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as con usuarios/as del Programa Cuna Más:			1			Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla.										
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO				NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES							
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios/as del Programa (sin apellidos)			Paola						Ninguna							
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios/as del Programa (en meses)			28						Ninguna							
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios/as del Programa			(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	Ninguna							
16	¿Sus niños/as usuarios/as tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?			SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:				
17	¿Sus niños/as usuarios/as están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, CASHALD, otros)?			SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:				
18	¿Sus niños/as usuarios/as tienen Carné de Atención Integral (CRED)?			SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	SI	NO	NSMR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:				
19	¿Sus niños/as usuarios/as en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)			11	10/22	NSMR	NA	NSMR	NA	NSMR	NA	NSMR	Si marca NO, diga ¿Por qué?:				
20	¿Sus niños/as usuarios/as recibieron las vacunas que les corresponde?			SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:	
21	¿Sus niños/as usuarios/as consumen el Suplemento de Hierro?			SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:	este bien de su hemoglobina
22	¿Sus niños/as usuarios/as se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?			SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?:	24 meses.
23	¿Sus niños/as usuarios/as tienen Anemia?			SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	SI	NO	NSMR	NA	Si marca SI, diga ¿Por qué?:	
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS																	
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?			SI	NO	NSMR	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	NSMR	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	NSMR	26.1	Si marca SI, diga su nombre: MICHAELA VILCHEZ LOPEZ									
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 0 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)																	
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarlo sobre el cuidado de su niño/a?			SI	NO	NSMR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					y pase a la pregunta 51				

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

Teléfono Regional:		942158973-920933957	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-303-2022-SAN-C							
Teléfono Nacional:		945995882	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL											
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?		4		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?		4		29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?								
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?		SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?		Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a		23	11	2022									
<i>A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:</i>														
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR									
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)		60		33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?								
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?		SI	NO	NS/NR	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/caldo con jabón, toalla limpia o similar?		SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?		SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?		SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?		SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?		SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?		SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?		SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?		SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros o alcances al jugar?		SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharlo, hablarle/responderle, esperar su turno)?		SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?		SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y consuelo a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?		SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:		Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:		Un libro de cuentos					
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?		SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?							
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?							
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?							
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?							
52	¿Qué le recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?		Mas materiales											
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?		SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54							
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 06 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de simchedita	(g) Un juego de veos lógicos	(j) Un rompecabezas	NS/NR	MA							
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un arco para enseñar	(k) Otro: _____									
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un tirón de tela		NS/NR	MA							
		(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de veos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela									
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?		Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR											
53.4	¿Qué le recomendaría usted para mejorar estos materiales?		mas materiales, mayor inversion											

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

Teléfono Regional:	0421 58973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-303-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12A 36 MESES (El Veedor PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 66			
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? su niño estuvo mal de salud	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/R	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca NS/R
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/R	57.1					
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Digo tiempo aproximado en MINUTOS)				58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?				
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	59.1					
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	60.1					
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interprendizaje?	SI	NO	NS/R	61.1					
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/R	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/R	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/R	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 PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentes, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/R	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentes, alimentación, consejos de crianza creados por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/R	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
67.2	Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?					Esofante Buena Aceptable Regular Mala NS/R				
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? primera vez que escucha									
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/R						
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/R	Si marca NO, NS/R, 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 respiratorias KN95		(e) Otro: _____ NS/R				
		(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?					Esofante Buena Aceptable Regular Mala NS/R				
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección? ninguna									
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/R						
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/R						
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/R						
73	¿El Facilitador/a prepara 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/R						

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

Teléfono Regional:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-303-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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

74	TRANSPARENCIA				
	74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO NSNR	
	74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO NSNR	
	74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO NSNR	
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		SI	NO NSNR	
	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?	SI	NO NSNR	
	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?	SI	NO NSNR	
	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 NSNR	
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
		Ninguna			
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
		Ninguna			
78	FECHA FINAL de la entrevista:	30/11/2022	79 HORA FINAL de la entrevista:	2:55:00 p. m.	
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:	70292087	DNI:	00950375	DNI:	74401616
Nombres y Apellidos:	GLENYI SAJAM MORALES	Nombres y Apellidos:	MARIA ELISABETH RODRIGUEZ AMASIFEN	Nombres y Apellidos:	Iris Gandy Vásquez Huaman
Cargo:	Cuidadora principal (mama)	Cargo:	Presidenta	Cargo:	Responsable de Campo
Correo electrónico:	glenithsajami@hotmail.com	Correo electrónico:	no tiene	Correo electrónico:	sanmartin.1rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	948243287	Teléfono:	929138037	Teléfono:	920033057