

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

CAR60

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0007-2023-CTVC/ANCASH

Señora
NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO
Jefa de la Unidad Territorial Ancash
Programa Nacional Cuna Más



Presente. -

Asunto : Se ALERTA diez (10) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0010-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0011-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0012-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0013-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0014-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0015-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0016-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0017-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0018-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0019-2023-CTVC/ANC

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

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

Atentamente,


[Firma]
MARITZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Equipo Técnico Ancash
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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. de Ancash: 942154203

Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0017-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: CUNA MAS 1. FECHA DE REGISTRO: 29/11/2022

I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	TAFUR MATOS ZENAIDA AURELIA	3. NÚMERO-DNI:	33253525
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE RAGASH	5. CARGO:	PRESIDENTA

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA:		29/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	SIHUAS
9. DISTRITO:	RAGASH	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PAICARAN
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	47730820-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRITICOS	01

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

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Mas, se entrevistó a la Sra. Saida Lozada Bobadilla, cuidadora principal de una familia usuaria del Comité de Gestión "Copitos de Nieve", evidenciándose el siguiente punto crítico:

- PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA:** En la entrevista con la cuidadora principal (madre) indicó que el programa NO le ha entregado materiales educativos correspondiente al kit de Familia del año 2022, para que pueda reforzar la aplicación de las prácticas de aprendizaje de su niño en casa durante el periodo de atención, a pesar de estar afiliada al programa hace 2 años con 06 meses.

Situación que estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados, lo que a la letra indica "Kit de materiales para las Familias... su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación. Considerando ello, el Kit DIT contribuye al desarrollo de niñas y niños usuarios del PNCM".

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar la entrega del Kit de Familia a este hogar a fin de que se cumpla con lo estipulado por el programa respecto al fortalecimiento de las distintas dimensiones del desarrollo infantil del niño usuaria del programa.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

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

- Copia de la Ficha V-330-2022-ANC-C (04 folios).


Vima Siobhan S. Medina Figueroa
 Responsable de Campo del Comité de
 Transparencia y Vigilancia Ciudadana
 Ancash

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

CODIGO N° V. 330 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA
 Vigilancia Presencial
 FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA
 Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS.
INDICACIONES: El Veedor/Veedora 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.
El Veedor/Veedora se presentará ante el cuidador/a principal (padre, padre o tutor de la familia), le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.
El Veedor/Veedora debe registrar con "X" la información elegida en cada pregunta de la ficha de Vigilancia.

En esta ficha tomar en cuenta esta Llave: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 29 / 11 / 2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 09 : 30

3 DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA
4 NOMBRE Y APELLIDOS: Soledad Lozada Bobadilla
5 DNI del Cuidador/a Principal: 47730820 6 PROVINCIA: SIVUAS
7 DEPARTAMENTO: ANCASH 8 CC/PP/Barría/Dirección: PACHARAN

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Copilotes de Nieve
10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a: (a) Padre (b) Madre (c) Otro
11 IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?
Máx: Luego especifique los datos de sus niños/as usuari@s en la siguiente tabla:

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES
	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Maria Luz						
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)							
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa							
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, Es.SALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	<input checked="" type="checkbox"/>	8	11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

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

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?
 NO NS/NR 24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Es importante cuidarlos con amor.

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?
 NO NS/NR 25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para desarrollar su capacidad.

26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?
 NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga su nombre: Anaeli Bobadilla Acuña

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AN-CASH
 VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
 FICHA DE VIGILANCIA
 FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CCODIGO N° V - 33 G - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
 Teléfono Nacional: 945095802

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Visitador/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

		SI marca NO, diga ¿Por qué?	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 53		
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?		<input type="checkbox"/>	0.4		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?		<input type="checkbox"/>	0.4		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?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre Casi siempre A veces Nunca NS/NR
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a?		<input type="checkbox"/>	2.5	1	2		

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precíse Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

		SI marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	NO	NS/NR	60	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR		
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR							
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)		<input type="checkbox"/>	60								
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y servida)?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	34.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua e jabón/calde con jabón, jabón, jabón o similar?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	35.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	36.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo 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 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	38.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	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?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	39.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	40.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	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?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	41.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	42.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo facilitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	43.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarla, escucharla, hablarle/responderle, esperar su reacción)?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	44.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	45.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindar apoyo y canciones a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	46.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	47.1	Si marca 0, diga usted cómo valores esta orientación	Excelente	Buena	Regular	Mala	NS/NR
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?		<input checked="" type="checkbox"/>	NO	NS/NR	48.1	Si marca 0, diga algunos materiales que utilizó	La mamá, los juguetes, los libros				
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" 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/a le brinda 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?					

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945035602

51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?			
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? <i>Que brinde más juegos para los niños</i>	SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:			
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 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de almohadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(i) Un rompecabezas				
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro				
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alimentos	(l) Un ilitre de tela					
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela				
		(b) Una pelota	(d) Un juego de entrecabos	(f) Otro					
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?								
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?								

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Vecedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?					
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es limpio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1						
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)				58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?:					
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	59.1						
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1						
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1						
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: <i>Juguetes que vienen con los videos</i>					
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización? <i>Nada</i>										

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

66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:					
67.2	Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?										
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? <i>Que nos brinde mejor video</i>										

y pase a la pregunta 68:
y pase a la pregunta 68:
y pase a la pregunta 68:

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

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

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945085602

CODIGO N° V - 330 - 2022 - ANC - C

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
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	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70:				
69.1	¿Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Un jabón líquido con dispensador	<input type="checkbox"/> (e) Cuatro mascarillas respiradores KN95	<input type="checkbox"/> (c) Otro					
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	<input checked="" type="checkbox"/> Excelente	<input type="checkbox"/> Bueno	<input type="checkbox"/> Aceptable	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Mala			
69.3	¿Qué recomendación usó para mejorar este kit de higiene y protección?								
70	¿El Facilitador/a le preguntó 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	NS/NR					
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	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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					

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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR					
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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					
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?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mita de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR					

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

78 FECHA FINAL de la entrevista: 29 / 11 / 2022 HORA FINAL de la entrevista: 16 : 30

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE 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 QUE APLICA LA FICHA DE VIGILANCIA	
DNI:	42330820	DNI:	42424116
Nombres y Apellidos:	Saida Loredo Balcázar	Nombres y Apellidos:	Viro Salkhan S. Medina Espinoza
Cargo:	Cuidador/a Principal	Cargo:	Responsable de Campo
Correo electrónico:	---	Correo electrónico:	avosch_zetucpen@gmail.com
Teléfono:	---	Teléfono:	942152028