

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL PIURA

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

Piura, 28 de diciembre de 2022

OFICIO N°0056-2022-CTVC/PIURA

Señora

VÍCTOR HUGO FARFÁN REYES

Jefa de la Unidad Territorial – Piura

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -



Asunto : Se ALERTA CINCO (05) CASOS

De mi mayor consideración:

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

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

• CASO N° 0149-2022-CTVC/PIU AL CASO N° 0153-2022-CTVC/PIU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos 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

Roberth Vidal Olemar Távora
Responsable Regional

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 PIURA: 942161607 Telf. SEDE LIMA: 951864589		CASO		N°0149-2022-CTVC/PIU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 02/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		VELASCO CHANTA VERDERIZ		3. NÚMERO-DNI: 10560830	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – CARMEN DE LA FRONTERA		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 02/12/2022	
7. DEPARTAMENTO:		PIURA		8. PROVINCIA: HUANCABAMBA	
9. DISTRITO:		CARMEN DE LA FRONTERA		10. CCPP/DIRECCIÓN: YUMBE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 43437088-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia/veeduría, se realizó la entrevista a la Sra. Socorro Guerrero García, Cuidadora Principal y madre del niño usuario del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Más, registrándose el punto crítico descrito a continuación:

- PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista la Cuidadora Principal, mencionó que el mes de octubre del 2022 no le entregaron el Kit de higiene y protección para su familia.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- A efectos de fortalecer y promover prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19, es necesario que el programa garantice la entrega del Kit de higiene y protección a las familias usuarias del programa

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 266 -2022-PIU-C (04 folios).



Diana Deza Querevalú
Responsable de Campo

1. Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 266 -2022-PIU-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL PIURA									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
Teléfono Regional:	943161507	TITULAR DE VIGILANCIA				CÓDIGO N.º 266-2022-PIU-C			
Teléfono Nacional:	951854589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL							
		☒ FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		☐ FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA					
		☒ Vigilancia Presencial		☐ Vigilancia NO Presencial					
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA CUMPLA CON LOS OBJETIVOS ESTABLECIDOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. INDICACIONES: El Visitador Vigila del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a las familias usuarias del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Visitador Vigila se presentará ante el usuario/a principal (madre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y le entregará la información. El Visitador Vigila debe marcar con "X" o con Círculo AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.									
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica									
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	02.12.22		2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	10:25			
I. DATOS GENERALES. Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Cuidador/a Principal:	43432082		4	NOMBRE y APELLIDOS:	Socorro Guzmán García			
5	DEPARTAMENTO:	Piura		6	PROVINCIA:	Huancabamba			
7	DISTRITO:	Carnes de la Frontera		8	CCPP/Barría/Dirección:	Yanche			
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	Angelitos del Sabor Niño Dios							
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a	(a) Padre		(b) Madre		(c) Otro			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	☒ Español		☐ Quechua		☐ Aymara		☐ Asháninka	
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Visitador 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?	1		Luego especifique los datos de sus niños/as usuarias/os en la siguiente tabla:					
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
13	Prescriba el nombre de sus niños/as usuarias/os del Programa (sin apellidos)	Damián							
14	Prescriba la edad de sus niños/as usuarias/os del Programa (en meses)	33							
15	Prescriba el sexo de sus niños/as usuarias/os del Programa	(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)			
16	¿Sus niños/as usuarias/os tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	☒ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
17	¿Sus niños/as usuarias/os están afiliados a Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otro)?	☒ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
18	¿Sus niños/as usuarias/os tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	☒ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
19	¿Sus niños/as usuarias/os en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/22 NS/NR NA		NS/NR NA		NS/NR NA		Si marca NO, diga ¿Por qué?	
20	¿Sus niños/as usuarias/os recibieron las vacunas que les corresponde?	☒ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
21	¿Sus niños/as usuarias/os consumen el Suplemento de Hierro?	☐ SI ☒ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
22	¿Sus niños/as usuarias/os se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR NA		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
23	¿Sus niños/as usuarias/os Sufren Anemia?	☐ SI ☒ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		☐ SI ☐ NO ☐ NS/NR		Si marca SI, diga ¿Por qué?	
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS									
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR		24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?					
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR		25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?					
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR		26.1 Si marca SI, diga su nombre		Domingo Arriaga Puma			
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Visitador PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)									
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR		27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 33			
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, acuerdo previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	☒ SI ☐ NO ☐ NS/NR		30.1 Si facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?		Siempre		Casi siempre	
31	Prescriba la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	20/11/22							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PIURA

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

Teléfono Regional:	942151607	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	
Teléfono Nacional:	951854265	FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL			

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:

32	El facilitador/a le habla/cuenta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	☒ NO	NSNR	33	Si marca MENOS de 50, diga ¿Por qué?	
33	El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MIN/TOS)	☒ 1H		34	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	
34	El facilitador/a le orienta/practica como preparar, amparar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	☒ SI	NO NSNR	35	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
35	El facilitador/a le orienta/practica como lavar las manos a su niño/a con agua a flor de boca con jabón, jabón, jabón jabón o jabón?	☒ SI	NO NSNR	36	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
36	El facilitador/a le orienta/practica como alimentar a su niño/a según su edad (a través de alimentación complementaria)?	☒ SI	NO NSNR	37	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
37	El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	☒ SI	NO NSNR	38	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
38	El facilitador/a le orienta/practica como darle oportunamente al niño/a CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	☒ SI	NO NSNR	39	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
39	El facilitador/a le orienta/practica como implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	☒ SI	NO NSNR	40	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
40	El facilitador/a le orienta/practica como mantener limpio, seguro y organizado los materiales educativos de su niño/a?	☒ SI	NO NSNR	41	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
41	El facilitador/a le orienta/practica como proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el tiempo que tiene su niño/a?	☒ SI	NO NSNR	42	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
42	El facilitador/a le orienta/practica como permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	☒ SI	NO NSNR	43	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
43	El facilitador/a le orienta/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	☒ SI	NO NSNR	44	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
44	El facilitador/a le orienta/practica como interactuar con su niño/a (mirarlo, escucharlo, hablarle/responderle, jugar con él)?	☒ SI	NO NSNR	45	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
45	El facilitador/a le orienta/practica cómo cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando palabras y diferentes voces?	☒ SI	NO NSNR	46	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
46	El facilitador/a le orienta/practica cómo mostrarle a su niño/a cómo leer y escribir?	☒ SI	NO NSNR	47	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	
47	El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	☒ SI	NO NSNR	48	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	
48	Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	☒ SI	NO NSNR	49	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
49	El facilitador/a le hizo firmar la "Ficha de Visita Domestica" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	☒ SI	NO NSNR	50	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 NSNR	51	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 NSNR	52	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
52	¿Qué recomendación usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?			53	Si marca NO, NSNR, pase a la pregunta 54:	
53	¿El programa entregó un kit de Materiales de Aprendizaje y Juego de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano? para su niño/a?	☒ NO	NSNR	54	Si marca NO, NSNR, pase a la pregunta 54:	
53.1	¿Entregó los materiales que le entregaron para su niño/a de 05 a 15 meses de edad?	(a) Una sorola (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un camión (e) Una pelota	(d) Un juego de amochita (e) Un juego de animales de plástico (f) Un juego de alimentos (g) Un muñeco de tela (h) Un juego de enhebrados	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un aro para ensartar (i) Un libro de tela (j) Un juego de bloques lógicos (k) Otro	(j) Un rompecabezas (k) Otro	NSNR NA
53.2	¿Entregó los materiales que le entregaron para su niño/a de 16 a 36 meses de edad?	(a) Una sorola (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un camión (e) Una pelota	(d) Un juego de amochita (e) Un juego de animales de plástico (f) Un juego de alimentos (g) Un muñeco de tela (h) Un juego de enhebrados	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un aro para ensartar (i) Un libro de tela (j) Un juego de bloques lógicos (k) Otro	(j) Un rompecabezas (k) Otro	NSNR NA
53.3	¿Cómo valore usted los materiales que le entregaron?					Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSNR
53.4	¿Qué recomendación usted para mejorar estos materiales?	Que se complementen con juegos educativos.				

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PIURA

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

Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA		CÓDIGO N°
Teléfono Nacional:	951864589	FAMILIA USUARIA SAF- PRESENCIAL		

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS AS DE 12 A 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 NSMR 54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *y pase a la pregunta 56*

55. El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *y pase a la pregunta 56*

56. ¿El facilitador/a acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? ☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca NSMR

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

58. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permaneció durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS) *60 P* 58.1 Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?

59. ¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 59.1

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

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

62. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 62.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: *sonajeros*

63. ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 63.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

64. ¿Satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR 64.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

65. ¿Qué recomendación 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, etc.)? ☒ SI ☐ NO NSMR 66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

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

67.2 Si marca SI, ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? Excelente ☒ Bueno ☐ Aceptable ☐ Regular ☐ Mala ☐ Nulo

67.3 ¿Qué recomendación usted para mejorar estos materiales audiovisuales?

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

68. El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19? ☒ SI ☐ NO NSMR

69. El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia? ☒ SI ☐ NO NSMR Si marca NO, NSMR: *pase a la pregunta 70*

69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido: (a) Un pedo líquido con dispensador (c) Cuatro mascarillas respiradores KN95 (e) Otro: ☐ NSMR

(b) Un papel toalla por rollo (d) Una bolsa que contenga todos los materiales

69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron? Excelente ☒ Bueno ☐ Aceptable ☐ Regular ☐ Mala ☐ Nulo

69.3 ¿Qué recomendación usted para mejorar este kit de higiene y protección?

70. ¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR

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

72. ¿El Facilitador/a usa correctamente (túbre nariz y boca) la o las mascarilla(s) durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR

73. ¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos de al menos una persona en el hogar o antes de iniciar una sesión de socialización? ☒ SI ☐ NO NSMR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PIURA

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

Telefono Regional:	842151607	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	
Telefono Nacional:	951864589	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)				
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o reúna de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?			☒ SI NO NSNR	
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
78	FECHA FINAL de la entrevista:		79	HORA FINAL de la entrevista:	
		02. 12. 2011	10:56		
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORA 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:	43437088	DNI:	10560830	DNI:	42999212
Nombres y Apellidos:	Severo Guzmán Guzmán	Nombres y Apellidos:	Vanderly Galasso Chonta	Nombres y Apellidos:	Roberto Olavería Talam
Cargo:	Madre	Cargo:	Presidenta	Cargo:	Responsable Técnico
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	roberto.olaveria@repositorio.gob.pe
Teléfono:	929588433	Teléfono:	927876830	Teléfono:	94210607