

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N°0081-2022-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°0157-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0158-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0159-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0160-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0161-2022-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°0157-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	15/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	SHUPINGAHUA PANDURO KATERIN	3. Número-DNI:	70348355
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – RUMISAPA	5. Cargo:	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	15/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	RUMISAPA	10. CCPP/Dirección:	JR. SAN MARTÍN S/N
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	45836738-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 servicios del Programa Cuna Más, el día 15/11/2022 se realizó una entrevista, mediante Ficha de Vigilancia V-281-2022-SAN-C, a la Sra. Anita Lozano Sánchez, identificada con DNI N°45836738, madre de una usuaria del programa perteneciente al Comité de Gestión “Juntos Crecemos”, distrito de Rumisapa; se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Anita Lozano si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que NO se le entregó nada desde la fecha en que se afilió al programa (11/04/2022). El usuario a la fecha tiene 29 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 19 a 36 meses del Servicio de Acompañamiento a Familias.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Anita Lozano se le preguntó si el mes pasado, octubre, había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron cuatro (4) mascarillas KN95.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

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

La entrega de materiales y recursos que permitan a las familias fortalecer las oportunidades de crecimiento de sus hijos, como así se contempla en su numeral: 4.2.3 **Material/recursos a ser utilizados. b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para las Familias: Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante.** Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit para la gestante o un kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses.

- Las medidas de protección sanitaria en el Servicio De Acompañamiento que señalan la **Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias**. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer 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. Periodicidad mensual.
- 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-281-2022-SAN-C. (04 folios).


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



1. Ficha de vigilancia: V-281-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																																																																				
SEDE REGIONAL SAN MARTIN																																																																				
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																																																																				
Teléfono Regional:	942158973-920031057	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-281-2022-SAN-C																																																																
Teléfono Nacional:	945995602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL																																																																		
		FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA																																																																
		Vigilancia Presencial		Vigilancia NO Presencial																																																																
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. 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. El Veedor/Vigilante 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/Vigilante debe marcar con "X" o con "C" en el cuadro correspondiente la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.																																																																				
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: NSMR=No sabe, no responde NA=No aplica																																																																				
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	15/11/22	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	3:42 pm																																																															
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y dónde se aplica esta FICHA																																																																				
3	DNI del Cuidador/a Principal:	45836738	4	NOMBRE y APELLIDOS:	Anita lozano Sanchez																																																															
5	DEPARTAMENTO:	San Martin	6	PROVINCIA:	Lamas																																																															
7	DISTRITO:	Bunisapa	8	CCP/Barrío/Dirección:	St. San Martin																																																															
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	Juntos Crecemos																																																																		
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a	(a) Padre	(b) Madre	(c) Otro																																																																
11	IDIOMA que usa más (lenguaje 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/as 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 usuarios/as en la siguiente tabla:																																																																	
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO																																																																				
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>NIÑO/A 1</th> <th>NIÑO/A 2</th> <th>NIÑO/A 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13</td> <td>Indique el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)</td> <td>Daniela</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14</td> <td>Indique la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)</td> <td>29</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15</td> <td>Indique el sexo de sus niños/as usuarios del Programa</td> <td>F</td> <td>M</td> <td>M</td> </tr> <tr> <td>16</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>17</td> <td>¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SES, EUSALUD, otros)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>18</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>19</td> <td>¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)</td> <td>10/22</td> <td>NSMR</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>20</td> <td>¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>21</td> <td>¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>22</td> <td>¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> <tr> <td>23</td> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NSMR</td> </tr> </tbody> </table>											NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	13	Indique el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Daniela			14	Indique la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	29			15	Indique el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	F	M	M	16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NSMR	17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SES, EUSALUD, otros)?	X	NO	NSMR	18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	X	NO	NSMR	19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/22	NSMR	NA	20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X	NO	NSMR	21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO	NSMR	22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NSMR	23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X	NO	NSMR
	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3																																																																	
13	Indique el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Daniela																																																																		
14	Indique la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	29																																																																		
15	Indique el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	F	M	M																																																																
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NSMR																																																																
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SES, EUSALUD, otros)?	X	NO	NSMR																																																																
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	X	NO	NSMR																																																																
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/22	NSMR	NA																																																																
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X	NO	NSMR																																																																
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO	NSMR																																																																
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NSMR																																																																
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X	NO	NSMR																																																																
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?	X	NO	NSMR	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Buena salud																																																													
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	X	NO	NSMR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Para socializar con otros niños																																																													
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	X	NO	NSMR	26.1	Si marca SI, diga su nombre:	Jesica																																																													
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A 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 orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	X	NO	NSMR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	Jesica Ali Coronel																																																													

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional: 942158973-920333557

Teléfono Nacional: 945295902

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-201-2022-SAF-C

28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?	4	28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?							
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador ha participado Usted en su hogar?	4	29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?							
30	¿El facilitador, acuerdo previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI NO NS/NR	30.1	¿El facilitador cumple con la fecha y hora acordadas?	SI	Siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
31	¿Precisó Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador?	11 11 22									
A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precísese las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar:											
32	¿El facilitador le ha enseñado en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI NO NS/NR	32.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
33	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
34	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	34.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
35	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	35.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
36	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	36.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
37	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	37.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
38	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	38.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
39	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	39.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
40	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	40.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
41	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	41.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
42	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	42.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
43	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	43.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
44	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	44.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
45	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	45.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
46	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	46.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
47	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	47.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
48	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	48.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
49	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	49.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
50	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	50.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
51	¿El facilitador le ha enseñado a leer y escribir en su idioma?	SI NO NS/NR	51.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
52	¿Qué recomendación le ha dado para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?										
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Apoyo" para su familia?	SI NO NS/NR	53.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?							
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su familia en los 60 a 80 meses de edad	(a) Una soraja (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un camión (e) Una película	(f) Un juego de bloques lógicos (g) Un juego de bloques lógicos (h) Otro	(i) Un juego de bloques lógicos (j) Otro							
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su familia en los 15 a 35 meses de edad	(a) Una soraja (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un camión (e) Una película	(f) Un juego de bloques lógicos (g) Un juego de bloques lógicos (h) Otro	(i) Un juego de bloques lógicos (j) Otro							
53.3	¿Cómo valoró usted los materiales que le entregaron?										
53.4	¿Qué recomendación le ha dado para mejorar estos materiales?										

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA										
SEDE REGIONAL SAN MARTIN										
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)										
Teléfono Regional: 942158973-820031057		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° U-261-2021-SAN-C						
Teléfono Nacional: 945055802		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL								
B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRETACIONES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 18 MESES (E) Visitador Principal del Hogar										
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 55			
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 56			
56	¿El facilitador, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre	Casi siempre	A veces	
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1					
58	¿El facilitador 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 motiva a que su niño juegue e interactúe con otros niños durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	59.1					
60	¿El facilitador motiva a que usted interactúe con otros cuidadores durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1					
61	¿El facilitador usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interacción?	SI	NO	NS/NR	61.1					
62	¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1	SI marca SI, diga algunos materiales que utilizó:				
63	¿El facilitador le brinda buen trato a su niño 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 con el trabajo que realiza el facilitador 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?									
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (E) Visitador Principal del Hogar										
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (visión sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza de niños)?	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?									
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID-19 (E) Visitador Entrevista / PREGUNTA al Cuidador Principal del Hogar										
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID-19?	SI	NO	NS/NR						
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	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				(a)	Un paño limpio con desinfectante	(b)	Un paño limpio por rollo	(c)	Otro: _____
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?				(d)	Una bolsa que contenga todos los materiales				
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?									
70	¿El Facilitador le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						
71	¿El Facilitador usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						
72	¿El Facilitador usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						
73	¿El Facilitador propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	V. 281-2022 - SAN - C
Teléfono Nacional:	945055802	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION 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	¿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 evento 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:		15 / 11 / 22	75	HORA FINAL de la entrevista: 4:13 pm
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORIA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL 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:	45830730	DNI:	70348355	DNI:	46024131
Nombres y Apellidos:	Anita Legno Sandoval	Nombres y Apellidos:	Katerin Shupingolwa Pandure	Nombres y Apellidos:	Jesselle Torres Vega
Cargo:	Cuidadora	Cargo:	Vocal	Cargo:	Responsable de Registro
Correo electrónico:		Correo electrónico:	Katerinshupingolwa Pandure@gmail.com	Correo electrónico:	ms.martin.vega@region03.gob.pe
Teléfono:	918880789	Teléfono:	935 415013	Teléfono:	942158973