

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°0082-2022-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°0162-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0163-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0164-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0165-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0166-2022-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° 0163-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	25/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	FLORES RUIZ JEANETTE	3. Número-DNI:	46024131
4. Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE SAN MARTÍN	5. Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	25/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	RIOJA
9. Distrito:	AWAJUN	10. CCPP/Dirección:	JR. FRANCISCO CAHUAZA S/N – BAJO NARANJILLO
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	43216067-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 25/11/2022 se realizó la entrevista mediante Ficha de Vigilancia V-290-2022-SAN-C, a la Sra. Shan Sharon Atuyap Fababa, identificada con DNI N°43216067, madre de una usuaria del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Bikut” del distrito de Awajún; 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. Shan Atuyap, si el hogar había recibido algún material educativo para la niña, al respecto respondió que NO se le entregó nada desde la fecha en que se afilió al programa (02/06/2022). El usuario a la fecha tiene 11 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 0 a 18 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. Shan Atuyap se le pregunto 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 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-290-2022-SAN-C. (04 folios).


.....

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-290-2022-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: 942156973-920033057		Teléfono Nacional: 945035602		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V-290-2022-SAN-C																																																																																																																	
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL				FICHA DE VIGILANCIA		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL																																																																																																																	
FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA																																																																																																																	
Vigilancia Presencial		Vigilancia Presencial		Vigilancia NO 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 MAS. 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 MAS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el ciudadano principal (madre, 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 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:	25/11/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	11:40																																																																																																																		
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA																																																																																																																							
3	ONI del Ciudadano Principal	43216067	4	NOMBRE y APELLIDOS:	SHAN SHARON ATUYP PABLO																																																																																																																		
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTIN	6	PROVINCIA:	RIOJA																																																																																																																		
7	DISTRITO:	AVAJON	8	CCPP/Barría/Dirección:	Dr. Francisco Carrasco Cahuaya S/N CP Corp Naranjillo																																																																																																																		
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	BIKUT																																																																																																																					
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) Awajún (f) Otro:																																																																																																																					
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/PREGUNTA al Ciudadano 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 del Programa Cuna Más:																																																																																																																						
Luego especifique los datos de sus niños/as usuarias en la siguiente tabla:																																																																																																																							
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO																																																																																																																							
NIÑO/A 1 NIÑO/A 2 NIÑO/A 3																																																																																																																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)</td> <td>11</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?</td> <td>X</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	11									Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	X									¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X									¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	X									¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X									¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	1									¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X									¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X									¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X									¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X								
Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)																																																																																																														
Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	11																																																																																																																						
Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	1																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X																																																																																																																						
¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	X																																																																																																																						
OBSERVACIONES																																																																																																																							
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOSAS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS 24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses? 25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses? 26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más? A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOSAS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/PREGUNTA al Ciudadano Principal del HOGAR) 27 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?																																																																																																																							
24 NO NS/NR 24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?: Por el cuidado del niño 25 NO NS/NR 25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?: Para que aprenda a analizar formas 26 NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga su nombre: Edith A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOSAS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/PREGUNTA al Ciudadano Principal del HOGAR) 27 X NO NS/NR 27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: y pase a la pregunta 53																																																																																																																							

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
Teléfono Nacional: 945095602

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V. 290-2022-SAN-M

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?		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?	NO	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Bueno	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR																																				
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	22/11/22																																											
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/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	NO	32.1	Si marca MENOS de 80, diga ¿Por qué?																																									
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)	60	33.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
34	¿El facilitador/a le orienta/practica como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
35	¿El facilitador/a le orienta/practica como lavar las manos a su niño/a con agua a temperatura con jabón, tibia fría o similar?	SI	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
36	¿El facilitador/a le orienta/practica como alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
37	¿El facilitador/a le orienta/practica como dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
38	¿El facilitador/a le orienta/practica como asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
39	¿El facilitador/a le orienta/practica como implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
40	¿El facilitador/a le orienta/practica como mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
41	¿El facilitador/a le orienta/practica como proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
42	¿El facilitador/a le orienta/practica como permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
43	¿El facilitador/a le orienta/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
44	¿El facilitador/a le orienta/practica como interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?	SI	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
45	¿El facilitador/a le orienta/practica como cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
46	¿El facilitador/a le orienta/practica como brindar afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	Excelente	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR																																				
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Libros, bloques, etc.																																								
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?																																									
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	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	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	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?	no recomendar nada																																											
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje Infantil Temprano" para su niño/a?	SI	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:																																									
<table border="1"> <tr> <td>53.1</td> <td>Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 80 a 18 meses de edad</td> <td>(g) Un juego de vasos lógicos</td> <td>(h) Un juego de bloques lógicos</td> <td>(i) Un rompecabezas</td> <td>(j) Un juego de vasos lógicos</td> <td>(k) Otro:</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> </tr> <tr> <td>53.2</td> <td>Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad</td> <td>(a) Un camión</td> <td>(b) Una pelota</td> <td>(c) Dos cuentos</td> <td>(d) Un muñeco de tela</td> <td>(e) Un juego de bloques lógicos</td> <td>(f) Un juego de vasos lógicos</td> <td>(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela</td> </tr> <tr> <td>53.3</td> <td>¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?</td> <td>(a) Excelente</td> <td>(b) Buena</td> <td>(c) Aceptable</td> <td>(d) Regular</td> <td>(e) Mala</td> <td>(f) NS/NR</td> <td>(g) NA</td> </tr> <tr> <td>53.4</td> <td>¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 80 a 18 meses de edad	(g) Un juego de vasos lógicos	(h) Un juego de bloques lógicos	(i) Un rompecabezas	(j) Un juego de vasos lógicos	(k) Otro:	NS/NR	NA	53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(b) Una pelota	(c) Dos cuentos	(d) Un muñeco de tela	(e) Un juego de bloques lógicos	(f) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela	53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?	(a) Excelente	(b) Buena	(c) Aceptable	(d) Regular	(e) Mala	(f) NS/NR	(g) NA	53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?							
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 80 a 18 meses de edad	(g) Un juego de vasos lógicos	(h) Un juego de bloques lógicos	(i) Un rompecabezas	(j) Un juego de vasos lógicos	(k) Otro:	NS/NR	NA																																					
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(b) Una pelota	(c) Dos cuentos	(d) Un muñeco de tela	(e) Un juego de bloques lógicos	(f) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela																																					
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?	(a) Excelente	(b) Buena	(c) Aceptable	(d) Regular	(e) Mala	(f) NS/NR	(g) NA																																					
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?																																												

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

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

FICHA DE VIGILANCIA

Teléfono Regional: 942158973-92043057
Teléfono Nacional: 945095602

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°

V-240-2022-SANC

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRETACIONES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 38 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)		SI		NO		NS/NR		54.1		SI marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 66								
54	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	NS/NR	55.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR			
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
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 cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	57.1	¿El facilitador/a cumplió 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 amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	58.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
58	¿El facilitador/a cumplió tiempo permanencia durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)	SI	NO	NS/NR	58.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	59.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
59	¿El facilitador/a motivó a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	59.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	60.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
60	¿El facilitador/a motivó a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	61.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominantemente durante la Sesión de Socialización e interacción?	SI	NO	NS/NR	61.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	62.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	63.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
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	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	64.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
64	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	64.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	65.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	65.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	66.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)																				
66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (Videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	67.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
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	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	68.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
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/NR	68.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	69.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR	69.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	70.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
70	¿Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a)	Un jabón líquido con dispensador	(b)	Un papel toalla por rollo	(c)	Una bolsa que contenga todos los materiales	(d)	Una bolsa que contenga todos los materiales	(e)	Otro:	NS/NR	71.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	
71	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	Excelente	Buena	Regular	Mal	NS/NR	72.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	73.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
72	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	Excelente	Buena	Regular	Mal	NS/NR	74.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	75.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR
73	¿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/NR	73.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	76.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
74	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR	74.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	77.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
75	¿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/NR	75.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	78.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		
76	¿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?	SI	NO	NS/NR	76.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR	79.1	¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	NS/NR		

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional:	942158973-926033057	CODIGO N°	V-290-2022-SAN.M.
Teléfono Nacional:	943035602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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

74	TRANSPARENCIA	FICHA DE VIGILANCIA	SI	NO	NS/NR
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		☒	☒	☒
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		☒	☒	☒
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		☒	☒	☒
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		☒	☒	☒
75.1	¿Algun 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?		☒	☒	☒
75.1	¿Algun 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?		☒	☒	☒
75.1	¿Algun 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?		☒	☒	☒

76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	P. 58 No me entregaron ningún juguetillo.
----	---------------------------------------	---

77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales	
----	---	--

78	FECHA FINAL de la entrevista:	25/11/2021	79	HORA FINAL de la entrevista:	12:01
----	-------------------------------	------------	----	------------------------------	-------

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANÍA 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:	43216067	DNI:	46024131	DNI:	46024131
Nombres y Apellidos:	Shan Shaven Atung Fabian	Nombres y Apellidos:	Scarlette Flores Ruiz	Nombres y Apellidos:	Scarlette Flores Ruiz
Cargo:	Ciudadano Principal	Cargo:	Responsable Regional	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:	sanmartin.victp@pro.org.pe	Correo electrónico:	sanmartin.victp@pro.org.pe
Teléfono:		Teléfono:	942158973	Teléfono:	942158973