

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°0083-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Señor:

Fredy Manrique Rojas

Coordinador Territorial- San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA tres (03) 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°0167-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0168-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0169-2022-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.

Jr. Urbanización Jaime Baltazar Martínez de Compagnón (FONAVI) Mz. A Lt. N° 1 Distrito de Morales -San Martín

Cel. 942158973 - Email. mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / sanmartin.rctvcperu@gmail.com;

[http:// www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

CASO

N° 0169-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	16/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	CASTELLARES ROBLES GREGORIO	3. Número-DNI:	
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SAN MARTIN	5. Cargo:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	15/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	EL DORADO
9. Distrito:	SAN MARTIN	10. CCPP/Dirección:	C.P NUEVO PUCACACA
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	73793571-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de los servicios del Programa Cuna Más, con fecha 15/11/2022 se realizó una entrevista, mediante Ficha de vigilancia V-275-2022-SAN-C a la **Sra. Elvia García Román**, presidenta del comité local de San Martín, , identificada con DNI N° 73793571 madre un usuario del programa, perteneciente al Comité de Gestión "Los retoños de la Vida", distrito de San Martín; se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR “KIT DE MATERIALES DE APENDIZAJE”.** Durante la entrevista, la cuidadora principal del usuario, manifestó que el programa no le ha entregado un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño desde la fecha en que se afilió al programa (03/03/2022).
- 2. PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCION INCOMPLETO.** La madre del usuario, indica que no recibió un papel toalla por rollo, ni la Una bolsa que contenga todos los materiales, desde que fue afiliada al programa.

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 en el plazo establecido.

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

1. Ficha de vigilancia: V-275-2022-SAN-C (04 folios)



Iris Gandy Vasquez Huaman
Responsable de Campo

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana



ANEXOS:

1. Ficha de vigilancia: V-275-2022-SAN-C (04 folios)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL SAN MARTIN VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)											
Teléfono Regional:		942158973-920033057		FICHA DE VIGILANCIA						CODIGO N° V-275-2022-SAN-C	
Teléfono Nacional:		945095602		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL							
(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA				(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA							
(a) Vigilancia Presencial				(b) Vigilancia NO Presencial							
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 MAS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a 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 Color 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:		15/11/2022				2 HORA INICIAL de la Vigilancia:		7:40:00 p. m.			
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA											
3 DNI del Cuidador/a Principal:		73793571				4 NOMBRE y APELLIDOS:		Elvia García Roman			
5 DEPARTAMENTO:		San Martín				6 PROVINCIA:		El Dorado			
7 DISTRITO:		San Martín				8 CCPP/Barrio/Dirección:		Caserío Nuevo Puca caca			
9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: "Los retoños de la Vida"											
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 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:		1				Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:					
SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES			
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)		Daniel Alejandro						Ninguna			
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)		9						Ninguna			
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa		(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)		Ninguna			
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?:			
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?:			
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Camé de Atención Integral (CRED)?		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		SI NO NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?:			
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)		11 2022 NS/NR NA		Mes Año NS/NR NA		Mes Año NS/NR NA		Si marca NO, diga ¿Por qué?:			
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?		SI 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 usuarios 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 usuarios 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 usuarios tienen 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/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS											
24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?		SI NO 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: Doyli Chujutalli Guerra							
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 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 niños/a?		SI NO NS/NR		27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?		y pase a la pregunta 53					
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?:							

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

Teléfono Regional:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-275-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	4		29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?:
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? Siempre Casi siempre A veces Nunca NS/NR
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	7	11	2022	

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:

32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)	60			33.1 Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:

34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/NR	34.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorro/balde con caño, jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NS/NR	35.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	SI	NO	NS/NR	36.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutriente)?	SI	NO	NS/NR	37.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NS/NR	38.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	39.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar a que él/ella hable)?	SI	NO	NS/NR	44.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NS/NR	45.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	NO	NS/NR	46.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Mal NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	50.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

52 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? Ninguna

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	(j) Un rompecabezas	NS/NR NA
		(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	(i) Un títere 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	NS/NR NA
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro: _____	

53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?:	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Mal	NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted 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:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-275-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/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?	y pase a la pregunta 66						
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? Porque es desde los 12 meses	y pase a la pregunta 66						
56	¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	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								
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 SÍ, diga algunos materiales que utilizó:							
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/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?												
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	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?	y pase a la pregunta 68:						
67.2	Si marca SÍ ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:						Excelente	Bueno	Aceptable	Regula	Malo	NS/NR	
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? Ninguna												
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									
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 jabón líquido con dispensador			(c)	Cuatro mascarillas respiradores KN95			(e)	Otro: _____		NS/NR
		(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	Regula	Malo	NS/NR	
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección? Que complementen con papel toalla y jabón.												
70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR									
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR									
72	¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/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?	SI	NO	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:	942158973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-275-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)				
74	TRANSPARENCIA			
	74.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
	74.2 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	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?	SI	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?	SI	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 mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales			
	Ninguna			
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales			
	Que complementen el kit de higiene, tales como: Jabón y papel toalla			
78	FECHA FINAL de la entrevista:	15/11/2022	79	HORA FINAL de la entrevista:
				8:32:00 p. m.

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL 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:	73793571	DNI:	06087850	DNI:	74401616
Nombres y Apellidos:	Elvia García Roman	Nombres y Apellidos:	Gregorio Castellares Robles	Nombres y Apellidos:	Iris Gandy Vásquez Huaman
Cargo:	Secretaria	Cargo:	Presidente CL- San Martin	Cargo:	Responsable de Campo
Correo electrónico:	No tiene	Correo electrónico:	gregoriocastellares3@gmail.com	Correo electrónico:	sanmartin.1rctvcperu@gmail.com
Teléfono:	927304146	Teléfono:	966938212	Teléfono:	920033057