

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°0084-2022-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°0170-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0171-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0172-2022-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° 0172-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	09/12/2022
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:	09/12/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	LAMAS
9. Distrito:	ZAPATERO	10. CCPP/Dirección:	CP NUEVO MUNDO
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	76393149-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	1
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 09/12/2022 se realizó la entrevista mediante ficha de vigilancia V-312-2022-SAN-C, a la Sra. Dalila Solano Padilla, identificada con DNI N°76393149, madre de un usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Los Emprendedores” del distrito de Zapatero; se registró el siguiente punto crítico:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.**
Durante la entrevista realizada a la Sra. Sabina Terrones se le pregunto si el mes pasado, noviembre, 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:**
 - 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-312-2022-SAN-C. (04 folios).



The image shows a handwritten signature in blue ink, which appears to read 'J. Flores Ruiz', positioned to the left of a circular official stamp. The stamp is blue and contains the following text: 'Equipo Técnico' at the top, 'Unidad Territorial' in the middle, and 'SAN MARTIN' at the bottom. The outer ring of the stamp contains the words 'Presidencia y Vigilancia' at the top and 'Ejecutivo' at the bottom.

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-312-2022-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:	942158973-920030957	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																					
Teléfono Nacional:	945935902	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																					
Teléfono Regional:		942158973-920030957	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																				
Teléfono Nacional:		945935902	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																				
Teléfono Regional:		942158973-920030957	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																				
Teléfono Nacional:		945935902	FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL		FAMILIA USUARIO-SAF-PRESENCIAL																																				
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS DERECHOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS. INDICADORES: El Visitante/Visitadora 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 Visitante/Visitadora se presentará ante el responsable principal (padre, madre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información. El Visitante/Visitadora debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa seguida 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: 09/12/22 2. HORA INICIAL de la Vigilancia: 11:02																																													
3. DNI del Ciudadano Principal: 76393149 4. NOMBRE Y APELLIDOS: Delia Solano Padilla																																													
5. DEPARTAMENTO: San Martín 6. PROVINCIA: Jarama																																													
7. DISTRITO: Pucallpa 8. CCPP/Barría/Diseción: CP. Nuevo Mundo, Cerc al Nuevo Mundo																																													
9. COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre: Los Compendarios																																													
10. PARENTESCO que tiene con el titular usuario: (a) Padre (b) Quesha (c) Nymara (d) Asterhita (e) Avejún (f) Otro:																																													
11. IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quesha (c) Nymara (d) Asterhita (e) Avejún (f) Otro:																																													
12. En su hogar, ¿Cuáles niños/as son usuarios del Programa Cuna Más: 1 Luego especifique los datos de sus niños/as usuarias en la siguiente tabla:																																													
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO <table border="1"> <thead> <tr> <th>NIÑO/A 1</th> <th>NIÑO/A 2</th> <th>NIÑO/A 3</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Nombre: Gadi</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Edad: 17 mes</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de nacimiento: 10/22/22</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control (mes y año)?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>										NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3	Nombre: Gadi			Edad: 17 mes			Fecha de nacimiento: 10/22/22			¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?			¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?			¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?			¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control (mes y año)?			¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?			¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?			¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?			¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?		
NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3																																											
Nombre: Gadi																																													
Edad: 17 mes																																													
Fecha de nacimiento: 10/22/22																																													
¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?																																													
¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?																																													
¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?																																													
¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control (mes y año)?																																													
¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?																																													
¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?																																													
¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?																																													
¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?																																													
13. Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa																																													
14. Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)																																													
15. Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa																																													
16. ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?																																													
17. ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?																																													
18. ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?																																													
19. ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control (mes y año)?																																													
20. ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?																																													
21. ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?																																													
22. ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?																																													
23. ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?																																													
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?																																													
27. ¿El mes pasado ¿El facilitador realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?																																													
28. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
29. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
30. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
31. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
32. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
33. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
34. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
35. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
36. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
37. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
38. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
39. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
40. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
41. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
42. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
43. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
44. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
45. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
46. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
47. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
48. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
49. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
50. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
51. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
52. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
53. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
54. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
55. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
56. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
57. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
58. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
59. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
60. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
61. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
62. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
63. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
64. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
65. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
66. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
67. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
68. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
69. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
70. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
71. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
72. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
73. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
74. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
75. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
76. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
77. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
78. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
79. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
80. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
81. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
82. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
83. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
84. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
85. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
86. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
87. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
88. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
89. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
90. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
91. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
92. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
93. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
94. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
95. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
96. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
97. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													
98. ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?																																													
99. ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?																																													
100. ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?																																													

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional:	942159973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°	V-312-SAN-C
Teléfono Nacional:	945095602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
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, 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?	☒ SIempre
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	07.12.22			
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?	☒ NO	32.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?	
33	¿El facilitador/a le habla/orienta en su idioma materno durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	☒ NO	33.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	☒ NO	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a temperatura con jabón, tibia y limpia o similar?	☒ NO	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	☒ NO	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gólicas o polvo de micronutrientes)?	☒ NO	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	☒ NO	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	☒ NO	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener Empijos, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	☒ NO	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	☒ NO	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	☒ NO	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	☒ NO	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?	☒ NO	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo enseñarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	☒ NO	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindar afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?	☒ NO	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación:	☒ Excelente
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	☒ NO	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Libros de uno como 1 juego
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	☒ NO	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?	☒ NO	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?	☒ NO	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?	☒ NO	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?				
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / KIT de Materiales para Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	☒ NO	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54:	
	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un aro para ensartar (i) Un juego de bloques lógicos (j) Un juego de bloques lógicos (k) Un juego de bloques lógicos (l) Otro:			NS/NR NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un juego de bloques lógicos (i) Un juego de bloques lógicos (j) Un juego de bloques lógicos (k) Un juego de bloques lógicos (l) Otro:			NS/NR NA
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?				Excelente Bueno Aceptable Regu Malo NS/NR
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?				Excelente Bueno Aceptable Regu Malo NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

1-800-421-5897 3-927033057

20855035802

FICHA DE VIGILANCIA

CONJUGO Nº

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 16 MESES (El/la facilitador/a Principal del HOGAR)									
	NO	NSMR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?		NO	NSMR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
54	☒	NO	NSMR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	54.1
55	☒	NO	NSMR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	55.1
56	☒	NO	NSMR	56.1	¿El/la facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	☒	NO	NSMR	56.1
57	☒	NO	NSMR	57.1	¿El/la facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	☒	NO	NSMR	57.1
58	☒	NO	NSMR	58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	58.1
59	☒	NO	NSMR	59.1	¿El/la facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	☒	NO	NSMR	59.1
60	☒	NO	NSMR	60.1	¿El/la facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	☒	NO	NSMR	60.1
61	☒	NO	NSMR	61.1	¿El/la facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	☒	NO	NSMR	61.1
62	☒	NO	NSMR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	☒	NO	NSMR	62.1
63	☒	NO	NSMR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	63.1
64	☒	NO	NSMR	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	64.1
65	☒	NO	NSMR	65.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	65.1
C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El/la facilitador/a Principal del HOGAR)									
66	☒	NO	NSMR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	66.1
67	☒	NO	NSMR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	67.1
68	☒	NO	NSMR	68.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	68.1
69	☒	NO	NSMR	69.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	69.1
70	☒	NO	NSMR	70.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	70.1
71	☒	NO	NSMR	71.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	71.1
72	☒	NO	NSMR	72.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	72.1
73	☒	NO	NSMR	73.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	☒	NO	NSMR	73.1

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	CODIGO N°	V-312-2022-SANM
Teléfono Nacional:	9450945892	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (E) Veeduría PREGUNTA al Ciudadanía Principal del HOGAR

74 TRANSPARENCIA	75 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales	78 FECHA FINAL de la entrevista:	79 HORA FINAL de la entrevista:	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN
74.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	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?			09/12/22	11:30	DNI: 46024131 Nombres y Apellidos: Jeanette Flores Ruy Cargo: Responsable Regional Correo electrónico: jeanette.flores@rcrc.org.pe Teléfono: 942158973
74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre 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?					
74.2 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre 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 más 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 más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?						