

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS**

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

Lima, 22 de setiembre de 2022

OFICIO N° 0142-2022-CTVC/LIMA PROVINCIAS

Señor

KANEBO VARGAS CAMPOS

Jefe de la Unidad Territorial Lima Metropolitana

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTA nueve (09) CASOS

De mi mayor consideración:

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

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

- CASO N° 0195-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0196-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0197-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0198-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0199-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0200-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0201-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0202-2022-CTVC/LIP
- CASO N° 0203-2022-CTVC/LIP

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de los Puntos Críticos de estos CASOS y, concluido su procedimiento, le solicito tenga a bien comunicar los resultados y la solución de estos.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente

Se adjunta (50 folios)



Vladimir I. GONZALES PACHECO
Responsable Regional Lima Provincias
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un **Caso Resuelto** es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado; precisando si tiene la CONDICIÓN de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO Alertado es **FUNDADO**, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Lima- Provincias: 984996604 Telf. Nacional: 984056206	CASO	N° 0200-2022-CTVC/LIP
---	-------------	------------------------------

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	26/08/2022
------------------	----------	-----------------------	------------

I. DATOS DEL VEEDOR/INFORMANTE/SOLICITANTE:

2. APELLIDOS NOMBRES:	GONZALES PACHECO VLADIMIR ILLANOVICH	3. NÚMERO-DNI:	41985577
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL

II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:

6. FECHA DE OCURRENCIA:	26/08/2022		
7. DEPARTAMENTO:	LIMA	8. PROVINCIA:	YAUYOS
9. DISTRITO:	YAUYOS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	CALLE AURORA 155
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	16281964-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	1

III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):

Durante las acciones de vigilancia presencial al Proceso de Gestión del Servicio de Acompañamiento a Familias por parte de un veedor integrante del Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana Sede Regional de Lima Provincias, se realizó la entrevista a cuidadora principal la Sra. Sofia Tacsá Rojas, identificada con DNI N° 16281964, madre de usuario del PNCM del Comité de Gestión “Niños Yauyinos”, donde se aplicó la ficha N° V-183-2022-LIP-C, evidenciándose el siguiente punto crítico:

1. PROGRAMA ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN INCOMPLETO

Cuidadora principal, manifestó que recibió los kits de higiene y protección correspondientes al mes de junio, que solo recibió 04 mascarillas, desconoce los motivos que no recibió el jabón líquido y papel toalla, quien según refiere recibió por última vez hace más de un año aproximadamente. Esta situación contraviene en lo establecido en el numeral 5.4 Medidas de protección sanitaria en el Servicio de Acompañamiento a Familias, literal e, de la directiva **“Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más” aprobado con RDE 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE** señala que: *“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.” El Kit de higiene y protección está compuesto por los siguientes materiales: 01 Jabón líquido con dispensador, 01 papel toalla, 4 mascarillas KN95 cuya frecuencia es mensual”* según lo descrito en cuadro adjunto de la directiva. (lo subrayado es nuestro)

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Gestión del Servicio de Acompañamiento a Familias y en observancia a los lineamientos técnicos y normativas vigentes del Programa Nacional Cuna Más, se sugiere lo siguiente:

- a) Difundir masivamente a usuarias la sola entrega de parte del Kit que consta de 04 mascarillas, precisando por factores presupuestales se redujo tales entregas.
- b) Determinar algún mecanismo de plazos determinados para dotar de otros implementos del kit considerados en las directivas. Y no solo la dotación de mascarillas, alternando además con otros insumos partes integrantes del KIT, al menos en un periodo o según criterios del Programa.

Verificar el caso a la brevedad e informar las acciones implementadas y destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

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

1. Copia Ficha de Vigilancia V-183-2022-LIP-C. (03 folios)



 VLADIMIR I. GONZALES PACHECO
 Responsable Regional Lima Provincias
 COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL LIMA PROVINCIAS
VIGILANCIA AL PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

Teléfono Regional:	984996604	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO Nº <u>V-183-2022-LIP-C</u>
Teléfono Nacional:		FAMILIA USUARIA	
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
		<input checked="" type="checkbox"/> 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.
El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha 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; explicará el objetivo de la vigilancia, luego solicitará información.

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: <u>26/05/2021</u>	2 HORA INICIAL de la Vigilancia: <u>09:00</u>
---	---

¿Es usted ACTUALMENTE una familia usuaria del programa Cuna Más? SI (X) NO () Si la respuesta es NO termine la entrevista.

I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

1. DEPARTAMENTO: <u>LIMA</u>	2. PROVINCIA: <u>YAUYES</u>
3. DISTRITO: <u>YAUYES</u>	4. CCPP/Barrio/Dirección: <u>CALLE ROSA 155</u>
5. NOMBRE del Comité de Gestión: <u>NIÑOS YAUYES</u>	6. El cuidador/a PRINCIPAL del niño/a es: Madre (X) Padre () Otros () Precise: _____
7. NOMBRE del cuidador principal: <u>SOFIA TDCSD ROSAS</u>	8. IDIOMA que predomina en el hogar: _____
9. FECHA de ingreso al Programa: <u>mayo mes 2020</u> año	a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awajún () f) Otros: _____

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA:→ NV=No Verificó NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica.

II. INFORMACIÓN DEL USUARIO: El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR por los niños usuarios del Programa y registra sus datos

10	Cuántos de sus hijos son usuarios del Programa Cuna Más: <u>01</u> , especifique:	Sexo y fecha de nacimiento	11 Su niño/a tiene anemia?
	a. Nombre del usuario: <u>ANYELI MURAD TDCSD</u>	Masculino () Femenino (X) Fecha de nacimiento: <u>29/07/2019</u>	SI NO NS/NR
	b. Nombre del usuario:	Masculino () Femenino () Fecha de nacimiento: <u>1/1/1</u>	SI NO NS/NR
	c. Nombre del usuario:	Masculino () Femenino () Fecha de nacimiento: <u>1/1/1</u>	SI NO NS/NR

III. DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN: Sobre su hogar (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR y VERIFICA los documentos)

12	¿ Los niños/as usuarios del Programa tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:
13	¿ Los niños/as usuarios del Programa tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:
14	¿ Los niños/as usuarios del Programa están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EsSALUD, otros)?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:
15	¿ Usted llevo a su niño usuario del Programa al centro de salud a realizar el examen de Hemoglobina?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:
16	¿ Usted como Cuidador principal (Madre, Padre o Tutor/a), Tiene DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:
17	¿ Usted como Cuidador principal (Madre, Padre o Tutor/a), firmó la Carta de Compromiso de la Familia - SAF?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:

IV. VISITAS AL HOGAR PARA FORTALECER PRÁCTICAS DE CUIDADO Y APRENDIZAJE (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

19	¿ Usted recibió la visita de la facilitador/a el mes pasado?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, mencione cuántas veces le hizo una visita el mes pasado: <u>4</u>	
20	¿ Usted participó durante las visitas realizadas por el Facilitador/a?	SI	NO	NS/NR	Si es NO, Precise ¿Por qué?:	
21	¿ En la última visita, el facilitador/a y usted acordaron la fecha y hora de su visita?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es NO, diga por qué:	
22	¿ El Facilitador/a le habla a usted en su idioma durante las visitas?	SI	NO	NS/NR		
23	¿ El Facilitador/a cumple con la visita a su hogar en la fecha y los horarios programados?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, diga con qué frecuencia: <u>SIEMPRE</u>	
24	¿ El Facilitador/a permanece en su hogar aproximadamente una hora durante su visita?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es NO, diga cuanto tiempo duran las visitas: <u>40'</u>	
25	¿ El Facilitador/a inicia sus actividades saludando a la familia y a su niño/a cordialmente?	SI	NO	NS/NR		
26	¿ El Facilitador/a le enseña sobre la importancia del cuidado de la salud de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue: <u>BUENA</u>	
27	¿ El facilitador/a le enseño/practicó cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia, hervida)?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue: <u>BUENA</u>	
28	¿ El facilitador/a le enseñó/practicó con usted el lavado de manos con su niño/a, utilizando agua o chorro, balde con jabón, jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue: <u>BUENA</u>	
29	¿ El facilitador/a le enseñó/practicó con usted como dar a su niño/a el SUPLEMENTO DE HIERRO (jarabe, gotas o polvo	SI	NO	NS/NR	NA Si la respuesta es NO, diga porque:	
30	¿ En la última visita a su hogar el facilitador utilizó material educativo (Kit del Facilitador) ?	SI	NO	NS/NR	Si la respuesta es SI, señale algunos materiales que utilizó:	
31	¿ En la última visita a su hogar qué materiales educativos utilizó el Facilitador/a (Kit del Facilitador) ?	<u>libros, carpas</u>				

32	¿El Facilitador/a le enseña sobre la importancia de los juguetes y el juego para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
33	¿El facilitador/a le enseñó/practicó como implementar un espacio de juego limpio y seguro para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
34	¿El facilitador/a le enseñó que los materiales educativos de su niño/a deben estar limpios, seguros y organizados?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
35	¿El facilitador/a le enseñó/practicó como realizar juegos con su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
36	¿El Facilitador/a le enseñó/practicó como debe felicitar a su niño/a por sus logros al jugar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
37	¿El facilitador/a le enseñó/practicó a que su niño/a explore y/o juegue libremente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
38	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo interactuar con su niño/a (mirarlo, hablarle, responderle)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
39	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo cantarle, contar historias y cuentos a su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
40	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo hablarle y acariciarle a su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA	BUENA	REGULAR	
41	¿El facilitador/a le recuerda y refuerza lo aprendido?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
42	¿El facilitador se despide cordialmente de su niño/a y de la familia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
43	¿El facilitador/a le brindo buen trato a su niño/a y a usted en cada momento de la visita?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es NO, diga por qué:				
44	¿El facilitador en cada una de sus visitas le solicita firmar la "Ficha de visita del hogar" como constancia de haber realizado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, Cuando fue: 19/02/22, y Cuantas Veces:				
45	¿El facilitador/a le explica el contenido o lo llenado en la ficha de visita antes de firmarlo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
46	¿El Facilitador/a le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
47	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el Facilitador/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es NO, diga Por qué:				
48	¿Usted recibió del programa, un "Kit de materiales de aprendizaje", para niños/as de 0 a 18 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	NA	47.1. El Kit de Materiales recibido está completo (sonaja (1), pelota (1), cuento (2), juego de almohadita (1), juego de animales de plástico (1), juego de alimentos (1), vasos lógicos (1), aro para ensartar (1), títore de tela (1), rompecabezas (1).	SI	NO	
49	¿Usted recibió del programa, un "Kit de Materiales de aprendizaje", para niños/as de 19 a 36 meses?	SI	NO	NS/NR	NA	47.1. El Kit de Materiales recibido está completo (vasos lógicos (1), pelota (1), muñeco de tela (1), juego de enhebrados (1), camión (1), bloques lógicos (1), manta de algodón o polar o alfombra de tela (1).	SI	NO	
50	OBSERVACIONES (o dificultades) en este rubro:								
51	RECOMENDACIONES en este rubro.								
V. SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA REFORZAR (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)									
52	¿Usted participó de una SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN en los últimos 30 días?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si es NO, diga por que?	Si la respuesta es NO pase a la pregunta 62			
53	¿El lugar en el que se realizó la Sesión fue amplio, al aire libre y ventilado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	autónomo y seguro				
54	¿El Facilitador/a PERMANECE aproximadamente UNA HORA durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es No, diga cuánto tiempo duran las sesiones:				
55	¿El Facilitador/a CUMPLE con la fecha y horarios programados para las sesiones?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es SI, diga con qué frecuencia:	SIEMPRE	CASI SIEMPRE	A VECES	
56	¿El Facilitador/a motiva que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as en esta sesión?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
57	¿El Facilitador/a motiva que usted interactúe con otros cuidadores/as en esta sesión?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
58	¿El Facilitador/a USA el IDIOMA predominante durante la sesión de Interaprendizaje?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
59	¿El Facilitador/a Brindó un BUEN TRATO a su niño/a y a usted en todo momento?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es NO, diga Por qué:				
60	¿El Facilitador/a le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
61	¿El Facilitador/a le pidió que apoye algún funcionario o autoridad, vote a favor de algún candidato?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
62	¿El Facilitador/a le pidió que asista alguna reunión que no sea del Programa Cuna Más o mitin de algún candidato?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
63	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza Facilitador/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR	Si la respuesta es NO, diga Por qué:				
64	OBSERVACIONES (o dificultades) en este rubro:								
65	RECOMENDACIONES en este rubro.								

V. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)						
66	¿La han entregado un "kit de Higiene y Protección"?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NSMR	68.1. El kit de Higiene y Protección está completo: jabón líquido con dispensador (1), mascarillas respiradores KN95 (4), papel toalla por rollo (1), bolsa que contenga todos los materiales (1).	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
67	¿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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NSMR		
68	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NSMR		
69	¿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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NSMR		
70	¿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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NSMR		
71	OBSERVACIONES (o dificultades) en este rubro.					
72	RECOMENDACIONES en este rubro.					

Fecha de la entrevista:		FINAL 26/08/2021		HORA de la entrevista:		FINAL 09:16		
DATOS DEL INFORMANTE -CUIDADOR PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN			DATOS DEL MIEMBRO VOLUNTARIO DEL DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA VEEDOR			DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN		
DNI:	16281964		DNI:	41985577		DNI:	41985577	
Nombres y Apellidos:	SOFIA TACSA ROJAS		Nombres y Apellidos:	VLADIMIR GONZALEZ PACHECO		Nombres y Apellidos:	VLADIMIR GONZALEZ PACHECO	
Cargo:	CUIDADOR PRINCIPAL		Cargo:	CTUC RESPONSABLE REGIONAL		Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL	
Correo electrónico:			Correo electrónico:	LIMARROVILINAS.RR@CTUCPERU@GMAIL.COM		Correo electrónico:	LIMARROVILINAS.RR@CTUCPERU@GMAIL.COM	
Teléfono:	966969979		Teléfono:	984996604		Teléfono:	984996604	