

**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° 0201-2022-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:	JR. TARAPACA SN
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DONDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	41733115-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. Maribel Ramos Paucar, identificada con DNI N° 41733115, madre de usuario del PNCM del Comité de Gestión “Niños Yauyinos”, donde se aplicó la ficha N° V-184-2022-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 a inicios del presente año. 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-184-2022-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	FAMILIA USUARIA	CODIGO N° <u>U-184-2022-LP-C</u>
Teléfono Nacional:			
	(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.
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:	26/08/22	2 HORÁ INICIAL de la Vigilancia:	09:25
¿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	LIMA	2. PROVINCIA:	YAUYES
3. DISTRITO:	YDUYOS	4. CCPP/Barrio/Dirección:	JR. TOROPACA S/N
5. NOMBRE del Comité de Gestión:	NIÑOS YDUYINOS	6. El cuidador/a PRINCIPAL del niño/a es:	Madre (X) Padre () Otros () Precise: _____
7. NOMBRE del cuidador principal:	MARIBEL RAMOS PASCAL	8. IDIOMA que predomina en el hogar:	
9. FECHA de ingreso al Programa:	10/01/2022 año	a) Español (X) b) Quechua () c) Aymara () d) Ashaninka () e) Awañit () 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>1</u> , especifique:	Sexo y fecha de nacimiento		11 Su niño/a tiene anemia?
a. Nombre del usuario: <u>SARITA CECILE RAMOS</u>	Masculino () Femenino (X)	Fecha de Nacimiento: <u>12/06/2001</u>	SI NO NS/NR
b. Nombre del usuario:	Masculino () Femenino ()	Fecha de Nacimiento: <u> / / </u>	SI NO NS/NR
c. Nombre del usuario:	Masculino () Femenino ()	Fecha de Nacimiento: <u> / / </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?: <u>SE EXTRUYÓ - PENDIENTE RENOVACIÓN</u>	
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:	SIEMPRE CASI SIEMPRE A VECES
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:	
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:	MALA BUENA REGULAR
27 ¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia/hervida)?	SI NO NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA BUENA REGULAR
28 ¿El facilitador/a le enseñó/practicó con usted el lavado de manos con su niño/a, utilizando agua a chorro, balde con jabón, jabón, toalla limpia o similar?	SI NO NS/NR	Si la respuesta es SI, esta capacitación fue:	MALA BUENA REGULAR
29 ¿El facilitador/a le enseñó/practicó con usted como dar a su niño/a el SUPLEMENTO DE HIERRO (jaraba, 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>Juguete, muñeco, vaso para contar de colores, libros</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 brinda 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: 22/08/22, y Cuantas Veces:		- 7		
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 type="checkbox"/> SI	<input checked="" 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 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), litro de tela (1), rompecabezas (1).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO		
49	¿Usted recibió del programa, un "Kit de Materiales de aprendizaje", para niños/as de 19 a 36 meses?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> 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), manita de algodón o polar o alfombra de tela (1).	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
54	¿El Facilitador/a/or 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/or 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:	<input checked="" type="checkbox"/> SIEMPRE	<input type="checkbox"/> CASI SIEMPRE	<input type="checkbox"/> A VECES	
56	¿El Facilitador/a/or 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/or 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/or 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/or 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/or le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
61	¿El Facilitador/a/or le pidió que apoye algún funcionario o autoridad, vote a favor de algún candidato?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
62	¿El Facilitador/a/or le pidió que asista alguna reunión que no sea del Programa Cuna Más o milin de algún candidato?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR					
63	¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza Facilitador/a/or?	<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	¿Le han entregado un "kit de Higiene y Protección"?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	69.1. 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).	SI	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	NO	NS/NR			
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	NO	NS/NR			
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	NO	NS/NR			
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	NO	NS/NR			
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 09:37		
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:	41732115		DNI:	41985577		DNI:	41985577	
Nombres y Apellidos:	MARIAGEL ROMOS PAUCAR		Nombres y Apellidos:	NIDIMIR GONZALEZ PACHECO		Nombres y Apellidos:	NIDIMIR GONZALEZ PACHECO	
Cargo:	CUIDADOR PRINCIPAL		Cargo:	CTVC RESPONSABLE REGIONAL		Cargo:	CTVC RESPONSABLE REGIONAL	
Correo electrónico:			Correo electrónico:	limeprovincias@ctvcperu@gmail.com		Correo electrónico:	limeprovincias.ctvcperu@gmail.com	
Teléfono:	987726167		Teléfono:	984996604		Teléfono:	984996604	