Cusco, 23 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0132-2022-CTVC/CUSCO

Señor
NILTON MADERA MAYZ
Jefe de la Unidad Territorial - Cusco
Programa Nacional Cuna Más

Presente.-

Asunto: Se ALERTA (04) 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 le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)[1]:

- **CASO N° 0202-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0203-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0204-2022-CTVC/CUS**
- **CASO N° 0205-2022-CTVC/CUS**

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de este caso y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente.

ELIAZER CUETO VERA CAMPOS
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TECNICO
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO

[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

Teléf. CUSCO: 942157052 Teléf. LIMA: 942160511	CASO	N° 0202-2022-CTVC/CUS

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**09/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	LUYCHO CONDORI MERCEDES	**3. NÚMERO-DNI:**	72944724
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DE QUIQUIJANA	**5. CARGO:**	VOCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**09/12/2022**

7. DEPARTAMENTO:	CUSCO	**8. PROVINCIA:**	QUISPICANCHI
9. DISTRITO:	QUIQUIJANA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	SACHAQ
11. PROCESO OPERATIVO/OBJETO DE VIGILANCIA:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?**	74715154-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	01

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

El día 09.12.2022, Durante el proceso de Vigilancia/Veeduría al servicio de acompañamiento a familias el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Quiquijana, realizó la llamada telefónica a la señora Yuli Quispe Quispe, Cuidador Principal del usuario del programa Cuna Mas y registró Ficha de Vigilancia N° V-369-2022-CUS-C, identificando los siguientes puntos críticos.

1. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Durante la entrevista la señora Yuli Quispe Quispe, Cuidador Principal del usuario del programa Cuna Mas manifestó no conocer la existencia de la plataforma "Cuna Mas digital" y tampoco recibió información acerca del dicho recurso. E*sta situación estaría contraviniendo RDE Nº 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021" en el numeral 6.6.2 Comunicación Digital dice que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad.*

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el marco de la realización de las acciones para el cumplimiento adecuado del proceso de Prestación de los Servicios del Programa Cuna Más en contextos presenciales que se brinda a familias de niños(as) usuarios(as), y en observancia a los lineamientos técnicos que el Programa Nacional Cuna Más establece en cogestión con la comunidad, se sugiere lo siguiente:

- Garantizar el cumplimiento de la RDE Nº 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021"
- Mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio

de Cuna Más digital, para los cuales el programa ha destinado esfuerzos técnicos y económicos.

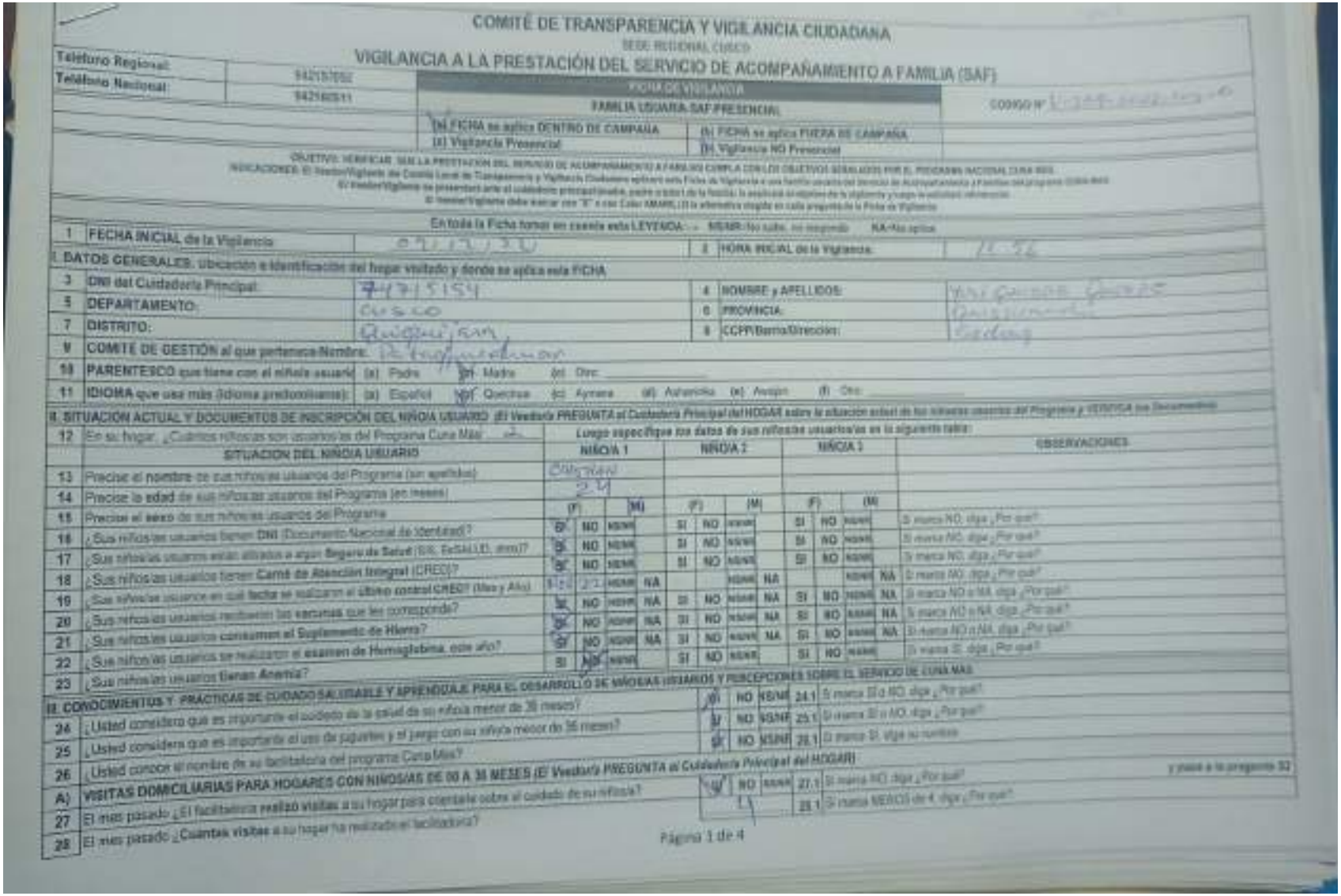
- Frente a esta situación expresamos nuestra preocupación y solicitamos al programa hacer las verificaciones correspondientes a fin de dar respuesta al presente caso alertado, y luego se nos pueda informar en el plazo establecido sobre las acciones realizadas para la mejora y solución del hecho.

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

1. Ficha de Vigilancia N° V-369-2022-CUS-C

ELIAZER CUETO VERA CAMPOS
RESPONSABLE REGIONAL DEL EQUIPO TECNICO
COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
CUSCO

Anexo 01: FICHA DE VIGILANCIA



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional: 942151052

Teléfono Nacional: 942160511

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA SAF PRESENCIAL

CODIGO N°

(M) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (s) Vigilancia Presencial

(N) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA (N) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR SI LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLE CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS

INDICACIONES: El Veedor/Vigilante de 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 cuidadorio 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	07/12/20	2	HORA INICIAL de la Vigilancia	12:56

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

3	DNI del Cuidadoría Principal	74715154	4	NOMBRE y APELLIDOS	[illegible]
5	DEPARTAMENTO:	CUSCO	6	PROVINCIA:	[illegible]
7	DISTRITO:	[illegible]	8	CCPP/Barrio/Dirección:	[illegible]
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	[illegible]			
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 Cuidadora Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA sus Documentos)

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más? 2

Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:

	SITUACIÓN 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)	[illegible]												
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	24												
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)		(M)		(F)		(M)		(F)		(M)		
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, etc)?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné 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)	[illegible]		NS/NR	NA			NS/NR	NA			NS/NR	NA	Si marca NO o NA, 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		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca SI, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?													

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS

24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	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 facilitadora del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26.1	Si marca SI, diga su nombre

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR) y pasa a la pregunta 32

27	El mes pasado ¿El facilitadora realizó visitas a su hogar para conversar sobre el cuidado de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitadora?	1			28.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

Página 1 de 4

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:	942157002	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	942160311	FAMILIA USUARA SAF PRESENCIAL	

29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?			29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador 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					

A partir de la pregunta 32 hasta la 32, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR		
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	2 horas			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 / Malo / NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua y chorro/bate con caño, jabón, toalla limpia e secar?	SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / 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 / Malo / NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / 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 / Malo / 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 / Malo / 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 / Malo / 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 / Malo / 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 / Malo / 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 / Malo / NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar)?	SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / 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 / Malo / NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo tocarle/abrazar y besar a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y cariño?	SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / 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 utiliza
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?					
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo infantil "Tarjeranu" para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR: **pasa 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 ensartadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un compacabezas	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 tablero de tela			
53.2	**Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad**	(a) Un camión	(d) Un juego de ensartados	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Una manta de algodón o polar o alfombra de tela	NS/NR	NA
		(b) Una pelota	(e) Un muñeco de tela	(h) Un juego de bloques lógicos	(k) Otro:		
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?				Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR		
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:	942157852	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	942168511	FAMILIA USUARIA-SAF PRESENCIAL	

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES *(El Vendor/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 55
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 56
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? (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 SI, diga algunos materiales que utiliza
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 Vendor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)*

66	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre nuestra alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 68
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre nuestra alimentación, consejos de crianza brindados por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?

67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR

67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 *(El Vendor 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; (b) Cuatro mascarillas respiratorias KN95; (c) Un papel toalla por rollo; (d) Una botija que contenga todos los materiales; (e) Otro; NS/NR

69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron? Excelente / Bueno / Aceptable / Regular / Malo / NS/NR

69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?

70	¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita en 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 domiciliaria o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CUSCO

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

Teléfono Regional:	942157852	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	942168511	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**
77	**RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales**
78	**FECHA FINAL de la entrevista:** 09/12/22
79	**HORA FINAL de la entrevista:** 15:32

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:	74715159	DNI:	72944727	DNI:	[illegible]
Nombres y Apellidos:	Yuli Quispe Quispe	Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]
Cargo:	Madre	Cargo:	Socio	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:	–	Correo electrónico:	–	Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	962 2026 61	Teléfono:	939687946	Teléfono:	[illegible]