

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

Ayacucho, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 001-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Félix Octavio Huamaní Suárez

Jefe de la Unidad Territorial – VRAEM

Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA SEIS (06) 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° 001-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 002-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 003-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 004-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 005-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 006-2023-CTVC/AYA

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,



Luis Cancho Cuba
Responsable Regional

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. U.T. AYACUCHO: 942155687 Telf. SEDE LIMA : 942160511		CASO		N° 002-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	08/12/2022		
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:	CANCHO CUBA LUIS	3. NÚMERO-DNI:	42277270		
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL		
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA:	08/12/2022
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	LA MAR		
9. DISTRITO:	SANTA ROSA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MARINTARI		
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	70285666-CUIDADOR PRINCIPAL		
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 hogar usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02 Puntos Críticos		
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Mediante la Ficha de Vigilancia V-325-2022-AYA-C con la cual se realizó la entrevista al hogar usuario del Comité de Gestión WAWA KUYAY, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista al hogar de la señora Mayami Conto Guzmán, madre y cuidadora principal del usuario, respondió a la consulta sobre la entrega del Kit de materiales de aprendiza/Kit de Desarrollo Infantil Temprano, que el programa aún no le habría entregado ningún material desde su ingreso al servicio (07.02.2022), precisar que el menor tiene al momento de la entrevista diez (10) meses de edad; señalar que lo manifestado incumpliría lo indicado en el literal b del numeral 4.2.3 *Material/recursos a ser utilizados* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*”, que señala en el punto *Kit de materiales para las Familias* que “*Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante. Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit (...). Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación*”. Mencionar que en el Anexo N° 08 (Kit de materiales para las Familias) de la norma señala que la niña y niño de 0 a 18 meses recibe un Kit de 10 tipos de materiales. (Ver Ficha de Vigilancia).

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** La señora Mayami Conto a la consulta sobre la plataforma “Cuna Más Digital”, manifestó desconocer la existencia de esta y que tampoco baría recibido información de este recurso; lo expresado limitaría lo señalando el numeral 3.1 *Estrategia Comunicacional* de la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Plan de Comunicaciones 2022*”, que en uno de sus puntos indica *.Es necesario reforzar en las y los acompañantes técnicos la importancia que tiene compartir el contenido, especialmente el que compone la multiplataforma Cuna Más Digital, a través de WhatsApp, tanto para las y los actores comunales voluntarios, como para las familias usuarias.*” Esto limitaría su difusión y uso de estos contenidos. (Ver Ficha de Vigilancia).

Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Mayami Conto Guzmán con DNI N° 70285666, en su calidad de madre y cuidadora principal del usuario del Comité de Gestión Wawa Kuyay del Servicio de Acompañamiento a Familias.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más” y la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “Plan de Comunicaciones 2022”.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice en la entrega del Kit de materiales para las Familias, a fin que este contribuya al logro de los objetivos del servicio.
- El programa Cuna Más presente y exponga a los hogares usuarios del Comité de Gestión las diferentes plataformas y herramientas con las que cuenta el programa, en este caso la plataforma Cuna Más Digital.

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

Ficha de Vigilancia V-325-2022-AYA-C. (04 folios).


.....
Luis Cancho Cuba
Responsable Regional



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

COOIGO N° V-325-2022-PVA-C

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF PRESENCIAL

Teléfono Regional: 942155687
Teléfono Nacional: 942160511

(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA
(a) Vigilancia Presencial (b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS.
INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta FICHA de vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (padre, madre 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: 08/12/2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 12:15

3 DNI del Cuidador/a Principal: 70285666 4 NOMBRE Y APELLIDOS: Mayami Condo Guzmán

5 DEPARTAMENTO: Ayacucho 6 PROVINCIA: La Mar

7 DISTRITO: Santa Rosa 8 CCPP/Barrío/Dirección: Maribari

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Wawa Wuyoy (a) Padre (b) Madre (c) Esposa (d) Asistenta (e) Ayarun (f) Otro:

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario: (a) Padre (b) Madre (c) Esposa (d) Quechua (e) Aymara (f) Quechua (g) Otro:

11 IDIOMA que usa más (idioma predominante): X Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Quechua (e) Aymara (f) Quechua (g) Otro:

12 En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más. 01

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO

	NINOA 1		NINOA 2		NINOA 3	
	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)
13 Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Yael Kennedy					
14 Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	10					
15 Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11/22 NS/NR NA					
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input type="checkbox"/> SI NO NS/NR

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS

24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses? NO NS/NF 24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? *para su desarrollo*

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses? NO NS/NF 25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? *es importante mucho más*

26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más? NO NS/NF 26.1 Si marca SI, diga su nombre: *Enby*

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a Pregunta al Cuidador/a Principal del HOGAR)

27 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientar sobre el cuidado de su niño/a? NO NS/NR 27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a? *04* 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? *04* 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 NS/NR 30.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? *05 12 22*

31 Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a. *05 12 22*

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

CONIGO N° V-325-2022-AYA-C

FICHA DE VIGILANCIA
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

Teléfono Regional: 942155687
Teléfono Nacional: 942160511

51	¿Usted está satisfecha con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	Ninguna								
53	¿El programa le entrega un "Kit de Materiales de Aprendizaje + Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54: ¿Desde cuándo no se entregan más kits?				
	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de alfilerachía	(g) Un juego de vasos lógicos	(h) Un arco para ensartar	(i) Un juego de armar de plastico	(j) Un juego de bloques	(k) Otro:		NS/NR NA
53.1		(b) Una pelota	(e) Un juego de armar de plastico	(h) Un arco para ensartar	(i) Un juego de armar de plastico	(f) Un juego de alimentos	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manita de algodón o tolar o alfombrina de tela		NS/NR NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:					Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
53.3	¿Como ve usted los materiales que le entregaron?									
53.4	¿Como recomendaría usted para mejorar estos materiales?									
B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS DE 12 A 36 MESES (Ei Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	54.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? es octubre hubo nov. no sabe y pase a la pregunta 66				
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
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 acordada?	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1					
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)	SI	NO	NS/NR	58.1	Si marca MENOS de 80 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 utiliza materiales educativos 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 e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó.				
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
64	¿Está satisfecha 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 MAS DIGITAL" (Ei Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre ciencias, alimentación, conceptos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué? ¿Desde cuándo?				
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, 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?									
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?									
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SAMITARIA CONTRA COVID 19 (Ei Veedor/a ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR						
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/>	(b) Un papel toalla por rollo	<input checked="" type="checkbox"/>	(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	<input checked="" type="checkbox"/>	(d) Otro: (Escriba los materiales)	Una bolsa que contenga todos los materiales	Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
69.2	¿Como valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?									
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	Estar bien								

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

CODIGO N° V-315-2023-DVA-C

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

Teléfono Regional:	942155687	SI	NO	NSMR
Teléfono Nacional:	942160511	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
70	¿El Facilitador 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"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
71	¿El Facilitador usa debidamente durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
72	¿El Facilitador usa correctamente (cubre, nazo y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
73	¿El Facilitador propicia el lavado de manos de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vecedor pregunta al Ciudadano Principal del Hogar)		SI	NO	NSMR
74	TRANSPARENCIA	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	SI	NO	NSMR
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
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?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que se vote a alguna reunión o más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	NSMR

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales

77 RECOMENDACIONES / BUENAS PRÁCTICAS

78	FECHA FINAL de la entrevista:	08 / 12 / 2022	HORA FINAL de la entrevista:	12:44
DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE 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:	70285666	DNI:	[Redacted]	
Nombres y Apellidos:	Migueli Cento Guzman	Nombres y Apellidos:	LUIS CANCHO CUBA	
Cargo:	Ciudadano Principal	Cargo:	Responsable Regional - Equipo Técnico - Ayacucho	
Correo electrónico:		Correo electrónico:	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	
Teléfono:	958392265	Teléfono:		