

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”**

Trujillo, 03 de marzo de 2023

**OFICIO N° 0009-2023-CTVC/LA LIBERTAD**

Señora

**DIANA CUBAS CABANILLAS**

Jefe de la Unidad Territorial del Programa Nacional Cuna Mas - La Libertad  
Presente.

**Asunto : Se ALERTA UN (01) CASO**

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 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 siguiente CASO<sup>1</sup>:

- CASO N° 0005-2023-CTVC/LIB

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.

Agradeciendo la atención de la presente, quedo de Usted.

Atentamente,



**Adán Constante Briceño Rojas**  
Responsable Regional

<sup>1</sup> 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**.
- 5) El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

La Libertad: 948103582 Teléfono Nacional: 942160416	<b>CASO</b>	N° 0005-2023-CTVC/LIB	
PROGRAMA SOCIAL:	<b>CUNA MÁS</b>	1. FECHA DE REGISTRO:	22/02/2023
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	<b>BRICEÑO ROJAS ADÁN CONSTANTE</b>	3. NÚMERO-DNI:	18172001
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	<b>COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA</b>	5. CARGO:	<b>RESPONSABLE REGIONAL</b>
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	22/02/2023
7. DEPARTAMENTO:	<b>LA LIBERTAD</b>	8. PROVINCIA:	<b>SANTIAGO DE CHUCO</b>
9. DISTRITO:	<b>SITABAMBA</b>	10. CCPP/DIRECCIÓN:	<b>SITABAMBA</b>
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	<b>GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS</b>	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	<b>19691936-FACILITADOR</b>
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	<b>01</b>	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	<b>01</b>
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>			

El 22/02/2023, se realizó la entrevista a la Sra. **Vilma Fanny Valera López-facilitadora, del Comité de Gestión Sitabamba**, se aplicó la ficha de vigilancia V-001-2023-LIB-C, donde se registró el siguiente punto crítico.

- 1. ACTOR COMUNAL DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA CUNA MAS DIGITAL.** Durante la entrevista la facilitadora, manifestó desconocer la existencia de la plataforma “Cuna Mas digital” y por lo tanto no ha accedido a los contenidos audiovisuales gratuitos especializados sobre Desarrollo Infantil Temprano en el marco de la estrategia Primero la Infancia. Esta situación difiere de lo señalado en la **RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “Plan de Comunicaciones 2022”**, que en el numeral **3.1 Estrategia Comunicacional** 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, entre otras, tanto para las y los actores comunales voluntarios, como para las familias usuarias.” Esto limitaría su difusión y uso de estos contenidos.

**IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:**

1. El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la RDE 334-2022-MIDIS/PNCM-DE “Plan de Comunicaciones 2022”.
2. El programa Cuna Más presente y exponga a los actores comunales del Comité de Gestión las diferentes plataformas y herramientas con las que cuenta el programa, en este caso la plataforma Cuna Más Digital y permita su difusión con los y las usuarias del programa.

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

**“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”**

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

1. Copia de Ficha de Vigilancia N° V-001-2023-LIB-C. (03 folio).



.....  
**Adán Constante Briceño Rojas**  
Responsable Regional

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Anexo N° 01.- Copia de Ficha de Vigilancia N° V-001-2023-LIB-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LA LIBERTAD VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)					
Teléfono Regional:	942 101 000	FICHA DE VIGILANCIA			CODIGO N° V-001-2023-LIB-C
Teléfono Nacional:	994 432 338	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		
		(g) Vigilancia Presencial	(h) Vigilancia NO Presencial		
<p align="center"><b>OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.</b>  <b>INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta ficha a una FACILITADOR/A del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.</b>  <b>El Veedor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.</b>  <b>El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.</b></p>					
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No Verificado NS/NR=No sabe, no responde NA=No Aplica.					
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	28 / 08 / 23	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	5:30
<b>I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA</b>					
3	DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):	19691936	4	NOMBRE y APELLIDOS:	VILMA FANNY Urdina Lopez
5	DEPARTAMENTO:	LA LIBERTAD	6	PROVINCIA:	Distrito de Chuco
7	DISTRITO:	SITABAMBIA	8	CGPP/Barrio/Dirección:	SITABAMBIA Cercado
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	SITABAMBIA			
10	EDAD del Actor Comunal:	48	11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	
12	NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior			
13	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajún (f) Otro:			
<b>II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS</b>					
14	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	14.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Lo solo porque Crecer y desarrollarse
15	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	15.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? para sus desarrollo y aprendizaje
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	16.1 Si marca SI, diga su nombre: CARMEN SOLVIERA NUÑO
<b>A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a)</b>					
17	El mes anterior ¿El acompañante técnico le brindó a usted orientación/capacitación?	SI	NO	NS/NR	17.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 32
18	¿El acompañante técnico le orienta/capacita en el idioma que usted más usa?	SI	NO	NS/NR	
19	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lactancia materna exclusiva para niños/as menores hasta los 6 meses de edad?	SI	NO	NS/NR	19.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
20	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre alimentación complementaria para niños/as mayores de 6 meses?	SI	NO	NS/NR	20.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
21	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre la suplementación con hierro para los niños, como prevención y/o tratamiento?	SI	NO	NS/NR	21.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/as?	SI	NO	NS/NR	22.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
23	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre el uso y consumo de agua segura para los niños/as?	SI	NO	NS/NR	23.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
24	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre asistencia oportuna a controles CRED y Vacunas?	SI	NO	NS/NR	24.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
25	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de juego con niños/as menores de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	25.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LA LIBERTAD												
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)												
Teléfono Regional:		942 161 690		FICHA DE VIGILANCIA			CODIGO N° V-001 -2023-LIB-C					
Teléfono Nacional:		904 432 338		ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL								
26	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	26.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> BUENO	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
27	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador principal y su niño/as menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	27.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> BUENO	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
28	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre detección de signos/señales de alerta en el desarrollo de niños/as menor de 36 me	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	28.1	Si marca SI, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> BUENO	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	29.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	Papel, lápiz, papeles					
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	30.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
31	¿El acompañante técnico le brinda buen trato a usted en cada momento durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	31.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
32	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el acompañante técnico durante la orientación/capacitación?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	32.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
33	¿Qué recomendaría usted para mejorar estas orientaciones/capacitaciones?:	NINGUNA										
<b>B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADORA): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)</b>												
33	Actualmente ¿Cuántas familias tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> 0			33.1	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?						
34	El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliarias a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	34.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
35	El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar para brindarle orientación?	<input checked="" type="checkbox"/> 4			35.1	Si es MENOR que 04, diga ¿Por qué?:						
36	El mes pasado ¿Realizó una (1) sesión de socialización con las familias que tienen niños/as mayores de 12 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	36.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
37	¿Cuáles son las principales prácticas de cuidado saludable que usted promueve en los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:	(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)										
38	(a) <u>Lava manos</u> (b) <u>LAVAR LOS MANOS</u> (c) <u>CONSUMO DE HIERRO</u> (d) <u>ALIMENTACION COMPLETA</u>	NS/NR										
39	¿En qué temas hace SEGUIMIENTO a los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:	(El veedor/vigilante escribe en los espacios en blanco lo que señala la Facilitador/a)										
40	(a) <u>CONSUMO DE HIERRO</u> (b) <u>ALIMENTACION COMPLETA</u> (c) <u>LAVAR LOS MANOS</u> (d) <u>CONTRASTAR CERO</u>	NS/NR										
41	¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	41.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 43					
42	¿El Programa le entregó completo el Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	42.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:						
43	¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	43.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 45					
44	¿El Programa le entregó completo el Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	44.1	Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:						
45	¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	45.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
46	El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	46.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
47	¿El Programa le entrega oportunamente su Incentivo Monetario?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR								
48	El mes pasado ¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
<b>C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)</b>												
49	Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
50	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	y pase a la pregunta 51:					
50.2	Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?						Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> BUENO	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
50.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?											

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LA LIBERTAD**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL LA LIBERTAD VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)					
Teléfono Regional: 942 181 880		FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N° V- 001 -2023-LIB-C	
Teléfono Nacional: 954 432 338		ACTOR COMUNAL (FACILITADORA)-SAF-PRESENCIAL			
<b>III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Custodiar/a Principal del HOGAR):</b>					
51	¿Usted usó/sus hijos usaron la VACUNA contra el COVID-19 recién?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	Si es MENOR que 02, diga ¿Por qué?
52	En el presente año ¿Le capacitaron sobre las formas de prevención de COVID 19?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	52.1 Si marca SI, diga usted cómo valores este capacitador: Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> NS/NR
53	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR: pasar a la pregunta 54
53.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°	<input checked="" type="checkbox"/> (c) Veinte (20) mascarillas respiratorias KN95	(e) Otro: _____	
		<input type="checkbox"/> (b) Un (1) frasco de Alcohol Líquido 70°	<input type="checkbox"/> (d) Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas		
53.2	¿Cómo valoró usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?	Excelente <input checked="" type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> NS/NR			
53.3	¿Dónde recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios"?				
<b>IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Actor Comunal):</b>					
54	<b>TRANSPARENCIA</b>				
54.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	
54.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	
54.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR	
55	<b>NEUTRALIDAD (Imparcialidad)</b>				
55.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	
55.2	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a apoyar o votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	
55.3	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR	
56	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
57	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS general				
58	FECHA FINAL de la entrevista:	26 / 02 / 2023	59	HORA FINAL de la entrevista:	6:00
DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADORA QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO 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:	19691936	DNI:	18172001	DNI:	1817200
Nombres y Apellidos:	Wilma Fanny Valera Lopez	Nombres y Apellidos:	ADÓN BRUCEÑO Rojas	Nombres y Apellidos:	ADÓN BRUCEÑO Rojas
Cargo:	FACILITADORA	Cargo:	RA CTVC	Cargo:	RACTVC
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	
Teléfono:	999553725	Teléfono:	942161680	Teléfono:	942161680