

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH

Huaraz, 04 de enero de 2023

**OFICIO N° 0006-2023-CTVC/ANCASH**

Señora  
**NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO**  
Jefa de la Unidad Territorial Ancash  
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 le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| • CASO N° 0001-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0006-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0002-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0007-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0003-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0008-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0004-2023-CTVC/ANC | CASO N° 0009-2023-CTVC/ANC |
| • CASO N° 0005-2023-CTVC/ANC |                            |

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



<sup>1</sup> 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 Ancash: 942154203  
Telf. LIMA: 945095602

### CASO

N° 0009-2023-CTVC/ANC

PROGRAMA SOCIAL: CUNA MAS		1. FECHA DE REGISTRO:	18/11/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	SOLANO ÁLVAREZ PEDRO JEREMÍAS	3. NÚMERO-DNI:	32026590
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE AMASHCA	5. CARGO:	PRESIDENTE
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	18/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	ANCASH	8. PROVINCIA:	CARHUAZ
9. DISTRITO:	AMASHCA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	AMASHCA
11. PROCESO:	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN?	72095990-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS	01
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>			

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familia del Programa Cuna Mas, se entrevistó a la Sra. Thaia Elizabeth Chíncha Giraldo, cuidadora principal de un usuario del programa, perteneciente al Comité de Gestión "Los Niños Triunfadores de Amashca", evidenciándose el siguiente punto crítico:

- PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA:** Durante la entrevista la madre cuidadora principal indicó, que a su menor hijo usuario del programa a la fecha NO se le ha entregado materiales educativos, tampoco le informaron las razones por la cual a la fecha no se ha procedido con la entrega de los materiales. Lo que no le permitiría reforzar la aplicación de las prácticas de aprendizaje de su niño en casa.

Por lo que se estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva "Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados, en el literal a. indica la entrega de "Kit de materiales para las Familias".

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio, se sugiere lo siguiente:

- Coordinar con el Comité de Gestión para cumplir con la entrega del kit de materiales de aprendizaje a la cuidadora principal de este hogar, materiales que permitan cumplir con las prácticas de aprendizaje.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

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

- 1.- Copia de la Ficha V-278-2022-ANC-C (04 folios).

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

MARTZA MALLQUI AGUILAR

Responsable Regional Estado Tarma-Ancash

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL ANCASH  
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)  
ESTADO DE VIGILANCIA  
FAMILIA USUARIA-SAF PRESENCIAL

942154201  
945293602

CODIGO N° V-0278 - 2022 - ANC - C

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

CALENDO: VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUENTA CON LOS ASISTENTES ASIGNADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS.  
INDICADORES: Si el Visitante y el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplican esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.  
Si el Visitante o el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplican esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.  
El Visitante o el Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplican esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS.

En todo la Ficha tomar en cuenta esta LETRERA: NSNR=No sabe, no responde. M=No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 10/01/2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: 11:27

3 DNI del Caidador/a Principal: 72095990 4 NOMBRE Y APELLIDOS: Hilda Elizabeth Chimbo Brando

5 DEPARTAMENTO: ANCASH 6 PROVINCIA: Carhuaz

7 DISTRITO: Anasibari 8 CCPP/Barrio/Dirección: Calle Manuel 3ra No

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: La cuna transparente de Anasibari

10 PARENTESCO que tiene con el niño/a usuaria: (a) Padre (b) Madre (c) Otro

11 IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Acharinka (e) Awajún (f) Otro

IL SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (E) Veeduría PREGUNTA al Caidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:

En su hogar, ¿Cuántos niños/as con usuarios/as del Programa Cuna Más?

SITUACION DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES
	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
13 Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)							
14 Precisa la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)							
15 Precisa el sexo de sus niños/as usuarios del Programa							
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SUS, Eg.SALUD, otros)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	NSNR

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS 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?

25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?

26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?

24 SI NO NSNR 24.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para que los niños aprendan

25 SI NO NSNR 25.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para que los niños aprendan

26 SI NO NSNR 26.1 SI marca SI, diga su nombre: Vilma Caro Cello

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL AMICASH  
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAP)  
FICHA DE VIGILANCIA  
FAMILIA USUARIA-SAP PRESENCIAL

Teléfono Regional: 942154203  
Teléfono Nacional: 945095902

CODIGO N° V-0215-2022-ANC-C

**A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El/veedor/a pregunta al/la Cuidador/a Principal del HOGAR)**

N°	Pregunta	SI	NO	NS/NR	¿Por qué?				NS/NR	
					Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca		
27	El mes pasado ¿El/la facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su hijo/a?									
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el/la facilitador/a?									
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas el/la facilitador/a ha participado Usted en su hogar?									
30	¿El/la facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?									
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el/la facilitador/a?									
32	<b>A partir de la pregunta 32 hasta la 52, preciese Usted las actividades realizadas por el/la facilitador/a, durante la última visita a su hogar.</b>									
33	¿El/la facilitador/a le brinda orientación en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar? ¿El/la facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)									
34	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?									
35	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua e jabón/caldo con callo, jabón, toalla limpia o similar?									
36	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?									
37	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?									
38	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control OPED y Vacunas de su niño/a, según su edad?									
39	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?									
40	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?									
41	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?									
42	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/mejorar que su niño/a explore y/o juegue libremente?									
43	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?									
44	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su reacción)?									
45	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo cantarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?									
46	¿El/la facilitador/a le orienta/practica cómo brindar afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?									
47	¿El/la facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?									
48	¿Las orientaciones que le brinda el/la facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?									
49	¿El/la facilitador/a le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?									
50	¿El/la facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?									

*... me llama a tiempo al móvil*

y pase a la pregunta 53

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH

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

CODIGO N° V - 0.2.73 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203  
Teléfono Nacional: 943093602

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

SI NO NSINR 51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

SI NO NSINR 53.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (Ei Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

54 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización? SI NO NSINR 54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *no lo convocaron de cal 4/20* y pase a la pregunta 66

55 El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? SI NO NSINR 55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *no lo convocaron de cal 4/20* y pase a la pregunta 66

56 ¿El facilitador/a, acorreo previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización? SI NO NSINR 56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada? Siempre Casi siempre A veces Nunca NSINR

57 ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado? SI NO NSINR 57.1

58 ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga 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 NSINR 59.1

60 ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización? SI NO NSINR 60.1

61 ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje? SI NO NSINR 61.1

62 ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? SI NO NSINR 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 NSINR 63.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

64 ¿Está satisfech/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización? SI NO NSINR 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" (Ei Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

66 Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)? SI NO NSINR 66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *no tiene celular*

67 Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más? SI NO NSINR 67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? *y pase a la pregunta 68:*

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

67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? *ver que si*

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NSINR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL ANCASH  
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)

CODIGO N° V - 0275 - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203  
Teléfono Nacional: 945095602

FIGURA DE VIGILANCIA  
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Ciudadanía Principal del Hogar)

68	El presenta 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								
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(b) Un papel toalla por rollo	(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales	(e) Otro					NS/NR	
69.2	¿Cómo viera usted el kit de higiene y protección que le entregaron?						Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?											

70	¿El Facilitador la 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?											
71	¿El Facilitador usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR								NO
72	¿El Facilitador usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR								NO
73	¿El Facilitador propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR								NO

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor PREGUNTA al Ciudadanía 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								NO
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR								NO
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR								NO
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)											
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NS/NR								NO
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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								NO
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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								NO

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS *ingreso al programa el niño recién en el mes de agosto*

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

78	FECHA FINAL de la entrevista:	18/11/2022	HORA FINAL de la entrevista:	12:16
----	-------------------------------	------------	------------------------------	-------

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORIA 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:	7209590	DNI:	32076590	DNI:	9160350
Nombre y Apellido:	<i>Andrés Pacheco Ch. S.</i>	Nombre y Apellidos:	<i>Pablo Javierán Salazar Alvarz</i>	Nombre y Apellidos:	<i>Martín Malgou Aguilera</i>
Cargo:	<i>miembro Cuidadoría</i>	Cargo:	<i>presidente</i>	Cargo:	<i>RTVC</i>
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	<i>ancash.transparencia@gmail</i>
Teléfono:		Teléfono:	<i>926180375</i>	Teléfono:	<i>942154203</i>