

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

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

Ayacucho, 27 de febrero de 2023

OFICIO N° 021-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Sandro Rogelio Martínez Aronés

Coordinador Territorial – Ayacucho

Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA TRES (03) 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° 014-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 015-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 016-2023-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° 016-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	01/02/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	FLORES CHALCO ANA CECILIA	3. NÚMERO-DNI:	42066009
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	PRESIDENTE
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	01/02/2023
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	SUCRE
9. DISTRITO:	MORCOLLA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	JR SAN MARTIN S/N
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	71011286-FACILITADORA
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 actor comunal	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02 Punto Crítico
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Con el acompañamiento del señor Luis Cancho Cuba, miembro del equipo técnico del Comité, recogió la Ficha de Vigilancia V-006-2023-AYA-C con la cual se realizó la visita al hogar usuario del Comité de Gestión YACHAYKACHILLAWAY, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.** Durante la entrevista al hogar de la señora Mirian Mendoza Quintana, facilitadora del servicio, refirió que en el mes enero 2023 no se realizó la sesión de socialización debido a que el programa no le habría hecho entrega de algunos insumos de refrigerio para su desarrollo (galletas y agua), señala que sólo se reunieron para la entrega de juguetes; lo manifestado incumpliría lo dispuesto en el numeral 4.2.4 *Frecuencia de las visitas a la familia y sesiones de socialización* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*”, que señala que las “Sesiones de Socialización: Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso”, lo que limitaría al logro de los objetivos que busca el servicio. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

2. **PROGRAMA ENTREGA KIT DE MATERIALES EDUCATIVOS/KIT DE FACILITADOR INCOMPLETO.** Finalmente se le consulto sobre los materiales que el programa le hizo entrega a su ingreso al servicio para el desarrollo de sus actividades, a lo cual la señora Mirian Mendoza manifestó que se le entregó una mochica que contenía únicamente cuaderno, pintura y cartillas; lo expresado no se ajustaría a lo señalado el literal b “*Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias*” 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 indica “**Kit del Facilitador:** Para realizar las Visitas domiciliarias a Familias el/la facilitador/a cuenta con el kit de Juguetes, kit de material fungible, el kit de material impreso e indumentaria, los mismos que son proporcionados por el PNCM. (...) Comprende materiales y juguetes de madera, plástico, de tela, impresos (como cartillas, rotafolio, láminas, libros, cuentos, cuadernos etc.) u otros para las actividades de acompañamiento familiar, estos materiales favorecen el desarrollo de capacidades de las dimensiones motora, cognitiva, comunicativa y socioemocional. Asimismo, cuenta con materiales fungibles para realizar, durante el juego, experiencias de expresión gráfico plástica y promover el desarrollo de capacidades comunicativas, motoras y cognitivas en la niña y el niño.”; señalar que lo expresado da a entender que el programa únicamente habría hecho entrega de los materiales de la anterior facilitadora (con faltantes y/o deteriorados), lo cual limitaría el desarrollo de sus actividades. **(Ver Ficha de Vigilancia).**

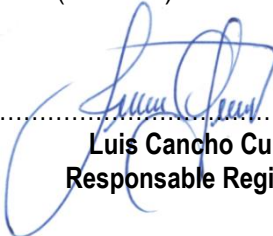
Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Mirian Mendoza Quintana con DNI N° 71011286, en su calidad de facilitadora del Comité de Gestión Yachaykachillaway del Servicio de Acompañamiento a Familias.


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 cumpla con la realización de las actividades programadas dentro de su servicio.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión cumpla con la entrega completa de materiales a la facilitadora para el cumplimiento de sus funciones.

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

Ficha de Vigilancia V-006-2023-AYA-C. (03 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)

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-006-2023-AYA-C
Teléfono Nacional:	942160511	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL	
	(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
	(a) Vigilancia Presencial	(b) Vigilancia NO Presencial	

OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.

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.

El Veedor/Vigilante se presentará ante una Facilitadora, le explicará el objetivo de la entrevista, luego solicitará información.

El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NV=No Verificó NS/NR=No sabe, no responde NA=No Aplica.

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	1/02/2023	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	16:50
---	---------------------------------	-----------	---	--------------------------------	-------

I. DATOS GENERALES: Identificación del Actor Comunal al que se aplica esta FICHA

3	DNI del Actor Comunal (Facilitador/a):	71011286	4	NOMBRE y APELLIDOS:	MIRIAN MENDOZA QUINTANA
5	DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	6	PROVINCIA:	SUCRE
7	DISTRITO:	MORCOLLA	8	CCPP/Barrio/Dirección:	MORCOLLA
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	YACHAYKACHILLAWAY			
10	EDAD del Actor Comunal:	26	11	TIEMPO que ejerce el cargo (en MESES):	04 MESES
12	NIVEL EDUCATIVO del Actor Comunal:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria <b style="background-color: #ffff00;">(d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior			
13	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	<b style="background-color: #ffff00;">(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____			

II. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A) SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS

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 SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	PARA VER SU CRECIMIENTO, DESARROLLO Y NIVEL DE ANEMIA
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 SÍ o NO, diga ¿Por qué?:	CON LOS JUGUETES SE ESTIMULAN Y APRENDEN
16	¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	16.1	Si marca SÍ, diga su nombre:	NELY DE LA CRUZ VASQUEZ
A)	FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A ACTORES COMUNALES (FACILITADOR/A): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a)						
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 34
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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente Bueno <b style="background-color: #ffff00;">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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente <b style="background-color: #ffff00;">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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente Bueno <b style="background-color: #ffff00;">Aceptable Regular Malo NS/NR
22	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre lavado de manos de los niños/ñas?	SI	NO	NS/NR	22.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente <b style="background-color: #ffff00;">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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente Bueno <b style="background-color: #ffff00;">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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente <b style="background-color: #ffff00;">Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-006-2023-AYA-C					
Teléfono Nacional:	942160511	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL									

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 SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR
26	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de interacción entre cuidador/a principal y su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	26.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR
27	El acompañante técnico le orienta/capacita sobre prácticas de comunicación entre cuidador principal y su niños/as menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	27.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	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 meses?	SI	NO	NS/NR	28.1	Si marca SÍ, diga usted cómo valora esta capacitación:	Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR
29	¿El acompañante técnico utiliza materiales educativos durante la orientación/capacitación?	SI	NO	NS/NR	29.1	Si marca SÍ, diga algunos materiales que utilizó:	JUGUETES					
30	¿Las orientaciones/capacitaciones que le brinda el acompañante técnico son claras y comprensibles?	SI	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?	SI	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?	SI	NO	NS/NR	32.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:						
33	¿Qué recomendaría usted para mejorar estas orientaciones/capacitaciones?:	ESTA CONFORME CON LA FORMA DE CAPACITACION										

B) PRÁCTICAS DEL ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A): (El Veedor/a PREGUNTA al Facilitador/a y VERIFICA documentos)

34	Actualmente ¿Cuántas familias tiene a su cargo en el Servicio de Acompañamiento a Familias?	10			34.1	Si es MENOR que 10, diga ¿Por qué?						
35	El mes pasado ¿Realizó visitas domiciliarias a TODAS las familias que tiene usted a su cargo?	SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	04 MADRES CON SUS HIJOS VIAJARONA LIMA POR LO QUE NO SE PUDO VISITAR ESTAS					
36	El mes pasado ¿Cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar para brindarle orientación?	4			36.1	Si es MENOR que 04, diga ¿Por qué?						
37	El mes pasado ¿Realizó una (1) sesión de socialización con las familias que tienen niños/as mayores de 12 meses?	SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?:	INDICA QUE SE REUNIERON EN ENERO BASICAMENTE PARA ENTREGAR JUGUETES, NO SE LE ENTREGÓ LOS INSUMOS (GALLETAS Y AGUA) POR ELLO NO REALIZÓ					

38 ¿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 Facilitadora/or)*

39 (a) LAVADO DE MANO (b) CUIDADO PRINCIPAL (c) _____ (d) _____ NS/NR

40 ¿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 Facilitadora/or)*

41 (a) CRECIMIENTO (b) HEMOGLOBINA (c) _____ (d) _____ NS/NR

42 ¿El Programa le entregó un Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?: SI NO NS/NR 42.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: **y pase a la pregunta 44**

43 ¿El Programa le entregó completo el Kit de Materiales Educativos para realizar sus actividades durante las visitas domiciliarias?: SI NO NS/NR 43.1 Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:

44 ¿El Programa le entregó un Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?: SI NO NS/NR 44.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: **y pase a la pregunta 46**

45 ¿El Programa le entregó completo el Kit de Sesiones de Socialización para realizar sus actividades durante las sesiones?: SI NO NS/NR 45.1 Si marca NO, diga ¿Qué materiales le falta?:

46 ¿Usted tiene un cronograma mensual para realizar sus actividades con los hogares con niños/as usuarios de Cuna Más?: SI NO NS/NR 46.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

47 El mes pasado ¿El Programa le entregó su Incentivo Monetario? SI NO NS/NR 47.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

48 ¿El Programa le entrega oportunamente su Incentivo Monetario? SI NO NS/NR

49 El mes pasado ¿El Programa le entregó Recargas Telefónicas para realizar sus actividades con las familias? SI NO NS/NR 49.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?:

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

50 Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)? SI NO NS/NR 50.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?: _____

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° V-006-2023-AYA-C											
Teléfono Nacional:	942160511	ACTOR COMUNAL (FACILITADOR/A)-SAF-PRESENCIAL															
51	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?				SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?			y pase a la pregunta 52:					
	51.2	Si marca Sí ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?:						Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR				
	51.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?															
III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)																	
52	¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?				3	NS/NR	Si es MENOR que 02, diga ¿Por qué?:										
53	En el presente año ¿Le capacitaron sobre las formas de prevención de COVID 19?				SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca Sí, diga usted cómo valora esta capacitación:			Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR
54	En los últimos 2 meses ¿Le entregaron a usted "implementos sanitarios" para reducir riesgo de contagio por COVID19?				SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR; pase a la pregunta 55:									
	54.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido		(a) Un (1) frasco de Alcohol Gel 70°		(c) Veinte (20) mascarillas respiradores KN95		(e) Otro: _____			NS/NR						
				(b) Un (1) frasco de Alcohol Liquido 70°		(d) Cincuenta (50) mascarillas quirúrgicas											
	54.2	¿Cómo valora usted los "implementos sanitarios" que le entregaron?:						Excelente	Bueno	Acceptable	Regular	Malo	NS/NR				
	54.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos "implementos sanitarios" ?															
ESTA BIEN LO QUE SE ENTREGA YA QUE NO HAY MUCHO CONTAGIO																	
IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Actor Comunal):																	
55	TRANSPARENCIA																
	55.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?										SI	NO	NS/NR			
	55.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?										SI	NO	NS/NR			
	55.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?										SI	NO	NS/NR			
56	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)																
	56.1	¿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?										SI	NO	NS/NR			
	56.2	¿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?										SI	NO	NS/NR			
	56.3	¿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?										SI	NO	NS/NR			
57	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales		INDICA QUE EN LA MOCHILA QUE SE LE DIO SOLO HABIA CUADERNO, PINTURA, CARTILLA														
58	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales																
59	FECHA FINAL de la entrevista:		1/02/2023				60	HORA FINAL de la entrevista:		17:35							
DATOS DEL INFORMANTE - FACILITADOR/A 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:		71011286		DNI:		42066009		DNI:		42277270							
Nombres y Apellidos:		MIRIAN MENDOZA QUINTANA		Nombres y Apellidos:		ANA CECILIA FLORES CHALCO		Nombres y Apellidos:		LUIS CANCHO CUBA							
Cargo:		FACILITADORA		Cargo:		PRESIDENTE		Cargo:		RESPOSANBLE REGIONAL							
Correo electrónico:				Correo electrónico:				Correo electrónico:		ayacucho.rrctvcperu@gmail.com							
Teléfono:		939397176		Teléfono:		945654283		Teléfono:		942155687							