

01

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Piura, 27 de diciembre de 2022

OFICIO N°0055-2022-CTVC/PIURA

Señora

VÍCTOR HUGO FARFÁN REYES

Jefa de la Unidad Territorial – Piura

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -



Asunto : Se ALERTA VEINTINUEVE (29) 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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0120-2022-CTVC/PIU AL CASO N° 0148-2022-CTVC/PIU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos 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

Roberth Vidal Olemar Távora
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. SEDE PIURA: 942161607 Telf. SEDE LIMA: 951864589		CASO		N°0126-2022-CTVC/PIU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 16/11/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		OLEMAR TÁVARA ROBERTH VIDAL		3. NÚMERO-DNI: 42999232	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - PIURA		5. CARGO: RESPONSABLE REGIONAL	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 16/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:		PIURA		8. PROVINCIA: HUANCABAMBA	
9. DISTRITO:		SONDORILLO		10. CCPP/DIRECCIÓN: LACCHAN ALTO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 45883057-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia/veeduría, se realizó la entrevista a la Sra. María Esther Labán Manchay, Cuidadora Principal y madre de la niña usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Más, registrándose el punto crítico descrito a continuación:

- PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Al consultarle a la Cuidadora Principal si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que, hasta la fecha de la entrevista el programa aún NO le hacía la entrega de este material.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Se realicen las gestiones pertinentes para que se entregue de manera oportuna el Kit de aprendizaje para la familia usuaria, a fin de fortalecer a las mismas en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 221 -2022-PIU-C (04 folios).

Roberth Vidal Olemar Távara
Responsable Regional

1. Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 221 -2022-PIU-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL PUNTA									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
Telefono Regional:	942161507	FICHA DE VIGILANCIA						CODIGO N° 221-2022-PIU-C	
Telefono Nacional:	951864589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL							
		☒ FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA			☐ FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA				
		☒ Vigilancia Presencial			☐ 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 Visitador/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 Visitador/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le recabará la información. El Visitador/Vigilante debe marcar con "SI" o con "NO" o con "NA" (NO se aplica) 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:	16.11.2022			2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	13:30		
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Cuidador/a Principal:	45883057			4	NOMBRE y APELLIDOS:	MARIA ESTHER LARA MANCIBAY		
5	DEPARTAMENTO:	PIURA			6	PROVINCIA:	HUANCABAMBA		
7	DISTRITO:	SONDORILLO			8	CCP/Ramita/Dirección:	VILECADAMPA		
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	TRABAJANDO UNIDOS							
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario	☐ Padre ☒ Madre ☐ Otro							
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante)	☒ Español ☐ Quechua ☐ Aymara ☐ Astesánka ☐ Awajit ☐ Otro							
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Visitador/PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)									
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?	1			Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:				OBSERVACIONES
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3			
13	Precese el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	PSNELY							
14	Precese la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	8							
15	Precese el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	M		F		F			
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EXCLUSIVO, etc.)?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CREI)?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CREI? (Mes y Año)	01/12/22		NS/NR		NS/NR		Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?	
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina este año?	☒ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO	Si marca SI, diga ¿Por qué?	
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	☐ SI	☒ NO	☐ SI	☐ NO	☐ SI	☐ NO		
III. CONOCIMIENTO Y PRÁCTICAS DE CUIDADO 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?	☒ SI	☐ NO	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Por que no le expone			
25	¿Usted considera que es importante el uso de sujetos y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	☒ SI	☐ NO	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Por que no le expone			
26	¿Usted conoce al nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	☒ SI	☐ NO	26.1	Si marca SI, diga su nombre	ESDA CHINGORI			
A3. VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Visitador/PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)									
27	El mes pasado, ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	☒ SI	☐ NO	27.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 31			
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?	☒ SI	☐ NO	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordada?	☒ Siempre	☐ Casi siempre	☐ A veces	☐ Nunca/Ningún
31	Precese Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	14/11/2022							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PUERTO RICO

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

Teléfono Regional	942161607	FICHA DE VIGILANCIA		CORISO Nº	
Teléfono Nacional	951854589	FAMILIA URBANA-SAF-PRESENCIAL			

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:

32	¿El facilitador/a le ha hablado en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	☒ SI	NO	NS/NR	33.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permaneció en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	60			34.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
34	¿El facilitador/a le orientó/practicó como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	☒ SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
35	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo lavar las manos a su niño/a con agua y jabón correctamente (con canto, canción, música, tiempo, etc.)?	☒ SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
36	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo limpiar a su niño/a, según su edad? (Líquido antibacteriano, jabón, etc.)	☒ SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
37	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de suspensión)?	☒ SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
38	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vigilancia de su niño/a, según su edad?	☒ SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
39	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo implementar en su hogar un espacio de juego, fresco y seguro para su niño/a?	☒ SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
40	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo mantener limpia, segura y organizada los materiales educativos de su niño/a?	☒ SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
41	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo implementar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	☒ SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
42	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	☒ SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
43	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	☒ SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
44	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo interactuar con su niño/a (mirarlo, escucharlo, hablarle, responderle, etc.)?	☒ SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
45	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo cantar, contar, leer y jugar a su niño/a usando poemas y canciones?	☒ SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
46	¿El facilitador/a le enseñó/practicó cómo leerle y contar a su niño/a para que pueda aprender, disfrutar y jugar?	☒ SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
47	¿El facilitador/a usó materiales educativos durante la visita a su hogar?	☒ SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	☒ SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
49	¿El facilitador/a le hizo firmar la "Ficha de Visita Comunitaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	☒ SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
50	¿El facilitador/a le brinda su tarjeta a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	☒ SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NS/NR, 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	52.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
52	¿Qué recomendación usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	NINGUNA								
53	¿Se entregaron al menos un "Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	☒ SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NS/NR, diga: ¿Por qué?				
53.1	Marque los materiales que se entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una pelota	(d) Un juego de alfileres	(g) Un juego de cartas	(j) Un rompecabezas					
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un arco para ensartar	(k) Otro					
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de alfileres	(i) Un libro de tela						
53.2	Marque los materiales que se entregaron para su niño/a de 19 a 26 meses de edad	(a) Un camión	(d) Un muñeco de tela	(g) Un juego de cartas	(j) Una marioneta de algodón o lana o alfileres de tela					
		(b) Una pelota	(e) Un juego de alfileres	(h) Un juego de bloques lógicos	(k) Otro					
53.3	¿Cómo usó usted los materiales que le entregaron?									
53.4	¿Qué recomendación usted para mejorar estos materiales?	DAR EN REGALO MATERIALES.								

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SECT. REGIONAL PUURA

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

Teléfono Regional:

942161697

Teléfono Nacional:

951664589

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA UDIARIA-SAF-PRESENCIAL

CÓDIGO N°

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/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?	No le han llamado y pasa 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?	Se fue a trabajar y pasa 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 cumplió con la fecha y hora acordada?	Siempre / Casi siempre / A veces / Nunca/Jamás			
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)				58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?				
59	¿El facilitador/a motiva a que se refiera/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 ciudadanos/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 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 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 Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre cuantos, alimentación, manejo de cuantos, etc.)?	SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?				
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuantos, alimentación, manejo de cuantos ofrecido 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?	y pasa a la pregunta 68.								
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?	NINGUNA								
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)										
68	El presente día ¿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 kit de lavado con jabón	☒		(b) Cuatro mascarillas respiratorias (N95)	☒		(c) Otro			
	(d) Un papel toalla por niño	☒		(e) Una bolsa que contenga todos los materiales	☒					
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?									
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	QUE DEN ALCOHOL.								
70	¿El Facilitador/a 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?	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) lo o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						
73	¿El Facilitador/a propone el lavado de manos con alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NS/NR						

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SECC. REGIONAL TURA

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

Teléfono Regional:	042161607	FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	921864589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	CÓDIGO N°

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/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
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒ SI	☐ NO
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒ SI	☐ NO
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalo o bienes a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☐ SI	☒ NO
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?	☐ SI	☒ NO
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o evento de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☐ SI	☒ NO
76	OBSERVACIONES Y COMENTARIOS generales		
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales		
78	FECHA FINAL de la entrevista:		16.11.2022
79	HORA FINAL de la entrevista:		14:30

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO/A PRINCIPAL 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:	45883057	DNI:	42999232	DNI:	42999232
Nombres y Apellidos:	MARIA ESTHER LARA MARTINEZ	Nombres y Apellidos:	Roberta Olvera Tavera	Nombres y Apellidos:	Roberta Olvera Tavera
Cargo:	CIUDADANO/A PRINCIPAL	Cargo:	Responsable Regional	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:	rosa.mcm@proteccioncivil.com	Correo electrónico:	rosa.mcm@proteccioncivil.com
Teléfono:	943565483	Teléfono:	942161607	Teléfono:	942161607