

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°0128-2022-CTVC/PIU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 17/11/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		OLEMAR TAVARA 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: 17/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:		PIURA		8. PROVINCIA: HUANCABAMBA	
9. DISTRITO:		HUANCABAMBA		10. CCPP/DIRECCIÓN: ÑANGALY	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 70934791-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 02	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia/veeduría, se realizó la entrevista a la Sra. Luz María Machado Pusma , Cuidadora Principal y madre del niño usuario del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Más, registrándose los puntos críticos descritos a continuación:

- 1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Al consultarle a la Cuidadora Principal cuántas visitas a su hogar ha realizado la facilitadora el mes pasado, mencionó que fueron dos veces, agregó que la facilitadora no le había comunicado los motivos de su inasistencia, añadió que las 2 primeras semanas de noviembre tampoco la había visitado.
- 2. NO SE CUMPLEN MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA DURANTE EL DESARROLLO DE VISITAS.** Durante la entrevista realizada a la Cuidadora Principal se le preguntó si la Facilitadora le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, indica que, cuando llega la Facilitadora sólo le dice para hacer jugar al niño.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Mejoras las estrategias de monitoreo, supervisión a fin de garantizar el cumplimiento de las frecuencias de las visitas a las familias usuarias por parte de la Facilitadora.
- Mejorar las estrategias de comunicación a fin de adoptar las medidas sanitarias en salvaguarda de la familia usuaria.

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 222 -2022-PIU-C (04 folios).



Diana Deza Querevalú
Responsable de Campo

1. Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 222 -2022-PIU-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL PIURA									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA				CODIGO N° 222-2022-PIU-C			
Teléfono Nacional:	951964589	FAMILIA USUARIA-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 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 (madre, padre o tutor) del niño/a, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará la información. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" a una 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:	17/11/22				2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	09:30	
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Cuidador/a Principal:	70934791				4	NOMBRE y APELLIDOS:	LOS MARIA MACHADO PUSMA	
5	DEPARTAMENTO:	PIURA				6	PROVINCIA:	HUANCABAMBA	
7	DISTRITO:	HUANCABAMBA				8	CCP/Barría/Dirección:	NANCAY	
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	ESTRELLAS DEL SOCORRO							
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario	(a) Padre	(b) Madre	(c) Otro:					
11	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	(a) Español	(b) Quechua	(c) Aymara	(d) Asháninka	(e) Awajún	(f) Otro:		
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO. (El Veedor/a 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:							
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
13	Prescriba el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	SHAN							
14	Prescriba la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	26							
15	Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)		
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, EsSalud, etcétera)?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	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 CRED? (Mes y Año)	2/08/22	NS/NA	NS/NA	NA	NS/NA	NA	Si marca NO, 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 NO o NA, diga ¿Por qué?	
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	SI	NO	SI	NO	Si marca SI, diga ¿Por qué?	
III. CONOCIMIENTOS 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		NS/NA		24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para que no se enferme	
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI		NO		NS/NA		25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué? Para que aprenda	
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI		NO		NS/NA		26.1 Si marca SI, diga su nombre: FREIDA	
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 orientarlo sobre el cuidado de su niño/a?	SI		NO		NS/NA		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?	03						28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué? Desconoce, en momento no iba	
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	02						29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué? Ninguno	
30	¿El facilitador/a, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI		NO		NS/NA		30.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	
31	Prescriba Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	A fines de octubre en su casa							

REDE REGIONAL OMIAS

Telefono Regional:	942161607	FUERA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Telefono Nacional:	951864589	FAMILIA USUARIA-SAP-PRESENCIAL	

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

32	¿El facilitador le habla en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?											
33	¿El facilitador cuánto tiempo permaneció en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	60			33.1	Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?											
34	¿El facilitador le orienta/practica como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NS/NR	34.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
35	¿El facilitador le orienta/practica cómo lavar las manos con agua o jabón/tensioactivo con agua, jabón, agua limpia o similar?	SI	NO	NS/NR	35.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
36	¿El facilitador le orienta/practica como alimentar a su niño/a, según su edad (Líquidos exclusivamente complementos)?	SI	NO	NS/NR	36.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
37	¿El facilitador le orienta/practica como dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	SI	NO	NS/NR	37.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
38	¿El facilitador le orienta/practica como asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NS/NR	38.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
39	¿El facilitador le orienta/practica como implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	39.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
40	¿El facilitador le orienta/practica como mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	40.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
41	¿El facilitador le orienta/practica como proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NS/NR	41.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
42	¿El facilitador le orienta/practica como permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NS/NR	42.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
43	¿El facilitador le orienta/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NS/NR	43.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
44	¿El facilitador le orienta/practica como interactuar con su niño/a (mirarlo, escucharlo, hablar/responderle, esperar a...)?	SI	NO	NS/NR	44.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
45	¿El facilitador le orienta/practica como cantar, narrar historias y leerle a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NS/NR	45.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
46	¿El facilitador le orienta/practica como promover afecto y caricias a su niño/a para que genere seguridad, confianza y amor?	SI	NO	NS/NR	46.1	Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación	Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR					
47	¿El facilitador le orienta/practica como utilizar materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	47.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó											
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NS/NR	48.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?											
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domestica" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	49.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?											
50	¿El facilitador le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	50.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?											
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?	SI	NO	NS/NR	51.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?											
52	¿Qué recomendación usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	NINGUNA															
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje" y "Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54											
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 60 a 18 meses de edad	(a) Una sonaja	(d) Un juego de alfileraditas	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un rompecabezas												
		(b) Una pelota	(e) Un año de animales de plástico	(h) Un año para ensartar	(k) Otro												
		(c) Dos cuantos	(f) Un juego de alimentos	(i) Un libro de tela													
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un camión	(d) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manita de algodón o polio o alfombra de tela												
		(b) Una pelota	(f) Un juego de enhebrados	(h) Otro													
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?											Excelente	Bueno	Aceptable	Regular	Malo	NS/NR
53.4	¿Qué recomendación usted para mejorar estos materiales?	NINGUNA															

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PUURA

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

Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA		CÓDIGO N°	
Teléfono Nacional:	951664589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			

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

54. El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización?

55. El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?

56. ¿El facilitador/a acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?

57. ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?

58. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS)

59. ¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?

60. ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?

61. ¿El facilitador/a usa el idioma predominantemente durante la Sesión de Socialización e Interaprendizaje?

62. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?

63. ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?

64. ¿Esta es efectiva con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?

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 PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

66. Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuantos, alimentación, consejos de crianza, etc.)?

67. Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuantos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?

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 SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

68. El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19?

69. El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?

69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido:

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?

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?

71. ¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?

72. ¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?

73. ¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PIURA

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

Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	951864599	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	CODIGO N°

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/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
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?		SI	NO
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		SI	NO
75.1	¿Algún 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?		SI	NO
75.1	¿Algún 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	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a 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
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales			
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales			
78	FECHA FINAL de la entrevista:	17 / 11 / 22	79	HORA FINAL de la entrevista:
DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A 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:	70934791	DNI:	42999232	DNI:
Nombres y Apellidos:	Luz María Macaco PUSMA	Nombres y Apellidos:	Roberto Olman Tavar	Nombres y Apellidos:
Cargo:	Cuidador Principal	Cargo:	Responsable Regional	Cargo:
Correo electrónico:		Correo electrónico:	piura-rcv@pro@ gmail.com	Correo electrónico:
Teléfono:	96867564	Teléfono:	942161607	Teléfono:

[Firma]