

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°0141-2022-CTVC/PIU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 22/11/2022	
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: 22/11/2022	
7. DEPARTAMENTO:		PIURA		8. PROVINCIA: AYABACA	
9. DISTRITO:		MONTERO		10. CCPP/DIRECCIÓN: MONTERO	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 43973045-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. Bertilda Ríos Quispe, 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 recibió algún material educativo para su niña, al respecto respondió que a su hija hasta la fecha de la entrevista el programa aún NO entregó 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- 242 -2022-PIU-C (04 folios).

Roberth Vidal Olemar Távara
Responsable Regional

1. Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 242 -2022-PIU-C

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA																																																																																																																	
VIGILANCIA A LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)																																																																																																																	
Telefono Regional	942161807	FICHA DE VIGILANCIA						CODIGO N° 242-2022-PIU-C																																																																																																									
Telefono Nacional	951883588	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL																																																																																																															
No FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA						(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA																																																																																																											
De Vigilancia Presencial						(b) Vigilancia NO Presencial																																																																																																											
CONTINUO VERIFICAR QUE LA PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS INDICACIONES: El Personal Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia presente del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MAS El Personal Vigilante se presentará ante el responsable principal (padre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego la realizará personalmente. El Personal Vigilante debe marcar con "X" o con el símbolo 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	22/11/22				2	HORA INICIAL de la Vigilancia	15 00																																																																																																									
3 DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA 3 DNI del Cuidador/a Principal: 43923045 5 DEPARTAMENTO: PIURA 7 DISTRITO: MONTERO 9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre: JUNTOS TRIUNFAREMOS 13 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) Astesina (e) Awajit (f) Otro																																																																																																																	
12 SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (b) Veredicto 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 del Programa Cuna Más? 1 12 Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla.																																																																																																																	
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO</th> <th colspan="2">NIÑO/A 1</th> <th colspan="2">NIÑO/A 2</th> <th colspan="2">NIÑO/A 3</th> <th rowspan="2">OBSERVACIONES</th> </tr> <tr> <th>(F)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> <th>(F)</th> <th>(M)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>13 Prescriba el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (por apellidos)</td> <td colspan="2">JHON</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>14 Prescriba la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)</td> <td colspan="2">11</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios del Programa</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td></td> </tr> <tr> <td>16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (DLS, FASALUD, otros)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)</td> <td colspan="2">10/11/21</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> <td>NS/NR</td> <td>NA</td> <td>Si marca NO diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO o NA diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO o NA diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?</td> <td>X</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca NO o NA diga, Por qué?</td> </tr> <tr> <td>23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>SI</td> <td>NO</td> <td>NS/NR</td> <td>Si marca SI diga, Por qué?</td> </tr> </tbody> </table>												SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	13 Prescriba el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (por apellidos)	JHON							14 Prescriba la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	11							15 Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios del Programa								16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?	17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (DLS, FASALUD, otros)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?	18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?	19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/11/21		NS/NR	NA	NS/NR	NA	Si marca NO diga, Por qué?	20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?	21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?	22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?	23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca SI diga, Por qué?
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES																																																																																																										
	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)																																																																																																											
13 Prescriba el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (por apellidos)	JHON																																																																																																																
14 Prescriba la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	11																																																																																																																
15 Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios del Programa																																																																																																																	
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?																																																																																																										
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (DLS, FASALUD, otros)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?																																																																																																										
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO diga, Por qué?																																																																																																										
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	10/11/21		NS/NR	NA	NS/NR	NA	Si marca NO diga, Por qué?																																																																																																										
20 ¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?																																																																																																										
21 ¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?																																																																																																										
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	X	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca NO o NA diga, Por qué?																																																																																																										
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	Si marca SI diga, Por qué?																																																																																																										
14 CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS 24 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?												X		NO	NS/NR	24.1	Si marca SI o NS, diga, Por qué?	PARA QUE ESTEN SANOS																																																																																															
25 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	X		NO	NS/NR	25.1	Si marca SI o NS, diga, Por qué?	DEL PUEBLO MAS																																																																																																										
26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	X		NO	NS/NR	26.1	Si marca SI, diga su nombre	PATRICIA																																																																																																										
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (b) Veredicto PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR) 27 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para identificar algún problema de su niño/a?												X		NO	NS/NR	27.1	Si marca NO diga, Por qué?																																																																																																
28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	4				28.1	Si marca MENOS de 4 diga, Por qué?																																																																																																											
29 El mes pasado ¿En cuántas visitas el facilitador/a ha participado usted en su hogar?	4				29.1	Si marca MENOS de 4 diga, Por qué?																																																																																																											
30 ¿El facilitador/a, cuando se encuentra con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	X		NO	NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?																																																																																																											
31 Prescriba la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	15/11/22																																																																																																																

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

DECI REGIONAL PUJUA

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

Teléfono Regional:	942161607	FECHA DE VIGILANCIA:		CÓDIGO N°:
Teléfono Nacional:	951864588	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		

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?

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 predominante 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. ¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización?

65. ¿Qué recomendara 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 crianza, alimentación, consejos de crianza)?

67. Usted ha escuchado material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por la Plataforma Cuna Más?

67.2 Si marca SI ¿Cómo valore usted los materiales audiovisuales que ha visto?

67.3 ¿Qué recomendara 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. Si presente año ¿La orientación/información 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 valoró usted el kit de higiene y protección que le entregaron?

69.3 ¿Qué recomendara usted para mejorar este kit de higiene y protección?

70. ¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y alayo, 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 y/o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?

73. ¿El Facilitador/a promueve 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

SECC. REGIONAL PIURA

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

Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA	CÓDIGO Nº
Teléfono Nacional:	951884589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor PREGUNTA al Ciudadano 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 facilitadora y/o servidor público le pide dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO
75.1. Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pide 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 facilitadora y/o servidor público le pide que vote 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:	22.11.22	79. HORA FINAL de la entrevista:	18.10.

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO 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:	43973045	DNI:	68103484	DNI:	42699232
Nombres y Apellidos:	Bartolomé Ríos Amato	Nombres y Apellidos:	Santos Samaniego Ruiz de	Nombres y Apellidos:	Rosario Blum Tovar
Cargo:	Ciudadano Principal	Cargo:	Presidenta	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	PIURA-PTCTICPRV@zmail.com
Teléfono:	987166711	Teléfono:	969352398	Teléfono:	942161607