

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N°0082-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Señor:

Fredy Manrique Rojas

Coordinador Territorial- San Martín

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -

Asunto: Se ALERTA cinco (05) 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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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°0162-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0163-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0164-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0165-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0166-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar el resultado del mismo.

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted.

Atentamente,


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -por escrito-, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO; precisando la condición de: **FUNDADO** o **INFUNDADO**.
- 2) Si el CASO es **FUNDADO**, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es **INFUNDADO**, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo demuestren.
- 4) Si el CASO corresponde a dos o más puntos críticos y/o a dos o más personas, es necesario individualizar la condición y proceder a dar solución por cada uno de ellos, de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda. De lo contrario, si quedara al menos uno de ellos sin solución, entonces se considera como **CASO PARCIALMENTE RESUELTO**.

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. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 164-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	25/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	FLORES RUIZ JEANETTE	3. Número-DNI:	46024131
4. Organización/Institución	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE SAN MARTÍN	5. Cargo:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	25/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	RIOJA
9. Distrito:	AWAJUN	10. CCPP/Dirección:	JR. FRANCISCO CAHUAZA S/N – BAJO NARANJILLO
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	73102299-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de servicios del Programa Cuna Más, el día 23/11/2022 se realizó una entrevista mediante Ficha de Vigilancia V-291-2022-SAN-C, a la Sra. Lucy Eliana Villalobos Vásquez, identificada con DNI N°73102299, madre de un usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Bikut” del distrito de Awajún; se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA COMPLETO KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Lucy Villalobos, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que solo le entregaron un cuento desde la fecha en que se afilió al programa (06/11/2020). El usuario a la fecha tiene 27 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 19 a 36 meses del Servicio de Acompañamiento a Familias.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Lucy Villalobos se le pregunto si el mes pasado, octubre, había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron cuatro (4) mascarillas KN95.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, referido a:**

La entrega de materiales y recursos que permitan a las familias fortalecer las oportunidades de de crecimiento de sus hijos, como así se contempla en su numeral: **4.2.3 Material/recursos a ser utilizados. b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para las Familias: Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante.** Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit para la gestante o un kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses.

- Las medidas de protección sanitaria en el Servicio De Acompañamiento que señalan la **Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias**. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer prácticas de cuidado saludable en el hogar que contribuyan a disminuir los factores de riesgo que afecten la salud, así como disminuir el riesgo de contagio del COVID-19. Periodicidad mensual.

- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

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

1. Ficha de Vigilancia: V-291-2022-SAN-C. (04 folios).


.....

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-291-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA										
SEDE REGIONAL SAN MARTIN										
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)										
FICHA DE VIGILANCIA										
FAMILIA USUARIA: SAF-PRESENCIAL										
CODIGO Nº <u>V-291-2022-SAN-C</u>										
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	<u>25/11/2021</u>	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	<u>11:30</u>					
I. DATOS GENERALES: Ubicación e Identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA										
3	DNI del Cuidador/a Principal:	<u>73102399</u>	4	NOMBRE Y APELLIDOS:	<u>Lucy Ekana Villalobos Varguez</u>					
5	DEPARTAMENTO:	<u>San Martin</u>	6	PROVINCIA:	<u>Ringia</u>					
7	DISTRITO:	<u>Wujin</u>	8	CCP/Barrio/Dirección:	<u>Av. Chuaga s/n - CP Bajo Nanayillo</u>					
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	<u>BIRUT</u>								
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	<u>Padre</u>	(a)	Madre	(c)	Otro:				
11	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	<u>Español</u>	(b)	Quechua	(d)	Aymara	(e)	Anejún	(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 con usuarias del Programa Cuna Más:	<u>1</u>	Luego especifique los datos de sus niños/as usuarias en la siguiente tabla:							
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO										
13	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	<u>AXJ</u>	NIÑO/A 1	NIÑO/A 2	NIÑO/A 3					
14	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	<u>27</u>	(F)	(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)	
15	Precise el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	<u>♀</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EcSALUD, otros)?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	<u>09/10</u>	NSNR	NA	NSNR	NA	NSNR	NA	NSNR	
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	<u>SI</u>	NO	NSNR	SI	NO	NSNR	SI	NO	
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS 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?	<u>SI</u>	NO	NSNR	24.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?	<u>Responder informado</u>			
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	<u>SI</u>	NO	NSNR	25.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?	<u>Para aprender</u>			
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	<u>SI</u>	NO	NSNR	26.1	SI marca SI, diga su nombre	<u>Edith</u>			
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS 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 orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	<u>SI</u>	NO	NSNR	27.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	<u>y pase a la pregunta 33</u>			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional: 942138973-920033057

Teléfono Nacional: 942095802

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-291-2021-SAN-C

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 del facilitador/a ha participado Usted en su hogar?	4	29.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?					
30	¿El facilitador/a, acude previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NSMR					
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a?	22/11/22							
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 habla/escucha en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI	NO	NSMR					
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece 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/a le orienta/practica como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	SI	NO	NSMR					
35	¿El facilitador/a le orienta/practica como lavar los manos a su niño/a con agua a chorro/fuente con jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NSMR					
36	¿El facilitador/a le orienta/practica como lavar los platos a su niño/a con agua a chorro/fuente con jabón, toalla limpia o similar?	SI	NO	NSMR					
37	¿El facilitador/a le orienta/practica como dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)	SI	NO	NSMR					
38	¿El facilitador/a le orienta/practica como asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	SI	NO	NSMR					
39	¿El facilitador/a le orienta/practica como implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	SI	NO	NSMR					
40	¿El facilitador/a le orienta/practica como mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	SI	NO	NSMR					
41	¿El facilitador/a le orienta/practica como proporcionar un juego de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	SI	NO	NSMR					
42	¿El facilitador/a le orienta/practica como permitirle que su niño/a explore y/o juegue libremente?	SI	NO	NSMR					
43	¿El facilitador/a le orienta/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	SI	NO	NSMR					
44	¿El facilitador/a le orienta/practica como interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?	SI	NO	NSMR					
45	¿El facilitador/a le orienta/practica como cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	SI	NO	NSMR					
46	¿El facilitador/a le orienta/practica como enseñarle afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apego?	SI	NO	NSMR					
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	SI	NO	NSMR					
48	¿Las oraciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	SI	NO	NSMR					
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	SI	NO	NSMR					
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	NSMR					
51	¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	SI	NO	NSMR					
52	¿Qué recomendación usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	todo bien							
53	¿El programa le entrega un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	SI	NO	NSMR					
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una soneja (b) Una pelota (c) Dos cuentos	(d) Un juego de alfileres (e) Un juego de animales de plástico (f) Un juego de alimentos	(g) Un juego de vasos/líquidos (h) Un año para ensartar (i) Un filtro de tela	(j) Un rompecabezas (k) Otro: _____				
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	(a) Un canchón (b) Una pelota	(c) Un muñeco de tela (d) Un juego de entredados	(e) Un juego de vasos/líquidos (f) Un juego de bloques lógicos	(g) Una marioneta de algodón o polvor o alfombra de tela (h) Otro: <u>4 Cuanto</u>				
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?					Excelente	Buena	Aceptable	Regu
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?	Nada							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

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

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-201-2022-SAF-C

942158873-920033457

945095602

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRENDIZAJES 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?	y pase a la pregunta 66
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	☒ SI	NO	NS/NR	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 66
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 cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre ☒ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca ☐ NS/NR
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)	☒ SI	NO	NS/NR	58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?	
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/la 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 cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	☒ SI	NO	NS/NR	60.1		
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominantemente 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:	Unos legajos, cuadernos, tarjetas
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/la 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?	☒ SI	NO	NS/NR	65.1		

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" (vídeos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	☒ SI	NO	NS/NR	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?	
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos 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?	☒ SI	NO	NS/NR	67.2		
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?	☒ SI	NO	NS/NR	67.3		

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?	☒ 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 gel/líquido con desinfectador	☒ SI	NO	NS/NR	Si marca NO, NS/NR, pasa a la pregunta 70 : Cuatro mascarillas respiratorias KN95 (e) Otro: _____	NS/NR
		(b) Un papel toalla por rollo	☒ SI	NO	NS/NR	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales	NS/NR
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?	☒ SI	NO	NS/NR	69.2		
69.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?	☒ SI	NO	NS/NR	69.3		
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	70.1		
71	¿El Facilitador/a usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	☒ SI	NO	NS/NR	71.1		
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?	☒ SI	NO	NS/NR	72.1		
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?	☒ SI	NO	NS/NR	73.1		

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional:	942153973-920033057	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°	V-201-2022-SAN-C
Teléfono Nacional:	945055602	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a 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
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 ¿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
75.2 ¿Algun 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:	23/11/2021	79. HORA FINAL de la entrevista:	11:33
-----------------------------------	------------	----------------------------------	-------

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANÍA 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:	73102299	DNI:	46024131	DNI:	46024131
Nombres y Apellidos:	Luzy Elva Villalba Vargas	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz
Cargo:	Ciudadana principal	Cargo:	Responsable Regional	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:	Luzy.villalba0305@gmail.com	Correo electrónico:	sanmartin.veedores@gmail.com	Correo electrónico:	sanmartin.veedores@gmail.com
Teléfono:	950804379	Teléfono:	942153973	Teléfono:	942153973