COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL APURIMAC
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres""Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Apurímac, 28 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0062-2022-CTVC/APURIMAC

Señor:
Pedro Pascual Gomez Cuellar
(e)Jefe de la Unidad Territorial del Programa Cuna Más

Presente. -

Asunto: Se ALERTA un (12) 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 Ministeriode Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad enla 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 hagollegar el siguiente CASO[1]:

- CASO N° 0164-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0165-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0166-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0167-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0168-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0169-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0170-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0171-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0172-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0173-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0174-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0175-2022-CTVC/APU

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,

……

Guerson Yovani Paliza Pinto
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 implementary 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 procederde 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

Teléfono Apurímac: 942160032 **Teléfono Nacional: 994432338**	**CASO**	**N° 0175-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	ANCCO SAAVEDRA LUZMILA BEATRIZ	**3. NÚMERO-DNI:**	46031567
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**08/12/2022**
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	AYMARAES
9. DISTRITO:	TAPAIRIHUA	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	C.P SOCCO
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	43535255-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Durante las acciones de veeduría realizadas por el comité, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA COMPLETO KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Leonidas Magaly Calvo de Torres, si el hogar había recibido algún material educativo para su niña, al respecto respondió que solo le entregaron una sonaja, un cuento y juego de vasos lógicos cuando su niña tenía un año, durante el presente año no le entregaron materiales que corresponda a 19 a 36 meses de edad.

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Se preguntó también si conocía los servicios que brinda “Cuna Mas Digital”, y respondió que No, que hasta el momento no le hablaron de ello, así mismo indico que no le enviaron ningún video sobre cuentos, alimentación y consejos de crianza, por lo que le gustaría que se implemente este servicio de Cuna Mas Digital

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022- MIDIS/PNCM.** - 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias 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. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación… - **6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales**, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad

- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

1. Ficha de Vigilancia N°V-212-2022-APU-C (02 folio)

…….
Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Vigilancia N°V-212-2022-APU-C (02 folio)

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

Teléfono Regional:	942168652	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO Nº
Teléfono Nacional:	994432108	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL	

1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:

I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA

3	DNI del Cuidadora Principal:	4	NOMBRE y APELLIDOS:
5	DEPARTAMENTO:	6	PROVINCIA:
7	DISTRITO:	8	CCPP/Barrio/Sector/Anexo:

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Usuario:

10 PARENTESCO que tiene con el infante usuario: (a) Padre (b) Madre (c) Otro

11 IDIOMA que usa este (dicen y entienden): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Awajun (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE IDENTIDAD DEL NIÑO(A) USUARIO (A): Realizar PREGUNTA al Cuidadora Principal del NIÑO(A) sobre la situación actual de los infantes usuarios del Programa y MIRAR los Documentos

12 En su hogar, ¿Cuántos infantes son usuarios del Programa Cuna Más? Luego anote lugar los datos de sus infantes usuarios según se la siguiente tabla:

	SITUACIÓN DEL NIÑO(A) USUARIO	NIÑO(A) 1	NIÑO(A) 2	NIÑO(A) 3	OBSERVACIONES
13	Fecha de nacimiento de sus infantes usuarios del Programa (dia-mes-año)				
14	Edad de sus infantes usuarios del Programa (en meses)				
15	Sexo de sus infantes usuarios del Programa	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	
16	¿Sus infantes usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
17	¿Sus infantes usuarios están afiliados a algún Régimen de Salud (SIS, ESSALUD, otro)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus infantes usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus infantes usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (día y año)	/ / NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20	¿Sus infantes usuarios realizaron las vacunas que les corresponde?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus infantes usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus infantes usuarios se evaluaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	SI NO NS/NR NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus infantes usuarios tienen Anemia?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	Si marca SI, diga ¿Por qué?

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS(AS) USUARIOS Y PERSONAS QUE ACOMPAÑAN EL SERVICIO DE CUNA MÁS

24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su infante menor de 30 meses?	SI NO NS/NR	24.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su infante menor de 30 meses?	SI NO NS/NR	25.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?	SI NO NS/NR	26.1 Si marca SI diga su nombre

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON INFANTES DE 6 A 18 MESES: (El Vigilante PREGUNTA al Cuidadora Principal del NIÑO(A))

27	El mes pasado, ¿El facilitador(a) realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su infante?	SI NO NS/NR	27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pasar a la pregunta 33
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador(a)?	___ T/	28.1 Si marca 4 NO o de 4, diga ¿Por qué?

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

Teléfono Regional:	942168652	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO Nº
Teléfono Nacional:	994432108	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL	

29	El mes pasado ¿En su(s)(s) visita(s) del facilitador(a) le participó de Usted en su hogar?	SI	29.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?
30	¿El facilitador(a) acordó previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI NO NS/NR	30.1 ¿El facilitador(a) cumplió con la fecha y hora acordada? Siempre Casi siempre A veces Nunca NS/NR
31	Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador(a):	d d / m m / 2 0 2 2	

A partir de la pregunta 32 hasta la 33, precise Usted las actividades realizadas por el Facilitador(a), durante la última visita a su hogar:

32	El facilitador(a) le habló/conversó en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	SI NO NS/NR	
33	El facilitador(a) cuidó/brindó participación en su hogar durante la visita? (Elija el "Nombre" correspondiente en MUY/TOD)		33.1 Si marca MENOS de 40, diga ¿Por qué?
34	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (hervida y filtrada)?	SI NO NS/NR	34.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
35	¿El facilitador(a) orientó/practicó cómo lavar las manos a su infante con agua (hervida/filtrada) con jabón, jabón líquido o ceniza?	SI NO NS/NR	35.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
36	¿El facilitador(a) orientó/practicó cómo alimentar a su infante, según su edad (lactancia materna/leche complementada)?	SI NO NS/NR	36.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
37	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo dar Suplemento de Hierro a su infante (gotas, polvo, rodajas de micronutrientes)?	SI NO NS/NR	37.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
38	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo llevar oportunamente al Control CRED y Vacunas de su infante, según su edad?	SI NO NS/NR	38.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
39	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su infante?	SI NO NS/NR	39.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
40	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo mantener limpios, seguros y organizados los espacios/lugares de su infante?	SI NO NS/NR	40.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
41	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su infante?	SI NO NS/NR	41.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
42	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo permitir/dejar que su infante explore y/o juegue libremente?	SI NO NS/NR	42.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
43	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo felicitar a su infante por sus logros alcanzados en juego?	SI NO NS/NR	43.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
44	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo interactuar con su infante y escuchar, escuchando, hablando/jugando cantando, imitando?	SI NO NS/NR	44.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
45	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo cantar, contar historias y cuentos a su infante acorde a su edad y intereses?	SI NO NS/NR	45.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
46	¿El facilitador(a) le orientó/practicó cómo enseñar, orientar y corregir a su infante para que tenga respetuoso, cariñoso y amoroso?	SI NO NS/NR	46.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR
47	¿El facilitador(a) utilizó materiales educativos/lúdicos 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 brindó el facilitador(a) durante la visita son claras y comprensibles?	SI NO NS/NR	48.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
49	¿El facilitador(a) le pidió firmar la "Ficha de Visita Domiciliaria" 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(a) le brindó buen trato a su infante 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 satisfecha/o con el trabajo que realiza el facilitador(a) durante la visita a su hogar?	SI NO NS/NR	51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?		
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje" (Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano) para su infante?	SI NO NS/NR	53.1 Si marca NO, NS/NR, pasar a la pregunta 54

53.1	Marque los materiales que le entregaron para su infante de 00 a 18 meses de edad	(a) Una pelota	(b) Un juego de almohadas	(c) Un juego de cubos/bloques	(d) Un juego de cartas/figuras	(e) Un rompecabezas	53.1.1 NA
		(f) Una pelota	(g) Un juego de cubiertas de plástico	(h) Un juego de cartas	(i) Un libro de tela	(j) Otro:	
		(k) Dos cuentos	(l) Un juego de cartas/figuras	(m) Un juego de cubos de tela	(n) Un juego de cubos figuras	(o) Una manta de algodón y palos o alfombra de tela	NS/NR NA
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su infante de 18 a 36 meses de edad	(a) Un cuento	(b) Un rompecabezas de tela	(c) Un juego de cubos figuras	(d) Un juego de cartas/figuras	(e) Otro:	
		(f) Una pelota	(g) Un juego de cartas/figuras	(h) Un juego de bloques figuras			

53.3 ¿Cómo evalúa usted los materiales que le entregaron? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional:	942160022	FICHA DE VIGILANCIA	CÓDIGO N°
Teléfono Nacional:	994431338	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL	

B)	SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON VISITAS DE 12 A 20 MESES (El Vigilante PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)				
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
56	¿El facilitador, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NO SABE	
58	¿El facilitador cuidó llegar puntualmente durante la Sesión de Socialización? ¿Algún tiempo aproximado en MINUTOS				
59	¿El facilitador motiva a que su niño(a) juegue e interactúe con otros niños(as) durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
60	¿El facilitador motiva a que usted interactúe con otros cuidadores(as) durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
61	¿El facilitador usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización o interaprendizaje?	SI	NO	NO SABE	
62	¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
63	¿El facilitador le brinda buen trato a su niño(a) y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
64	Está satisfecho(a) con el trabajo que realiza el facilitador durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NO SABE	
65	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?				
C)	ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL" (El Vigilante PREGUNTA al Cuidador(a) Principal del HOGAR)				
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Mas Digital" (videos sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NO SABE	
67	¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza diseñados por el Programa Cuna Mas?	SI	NO	NO SABE	
	67.2 Si marca SI ¿Cómo califica usted los materiales audiovisuales que ha visto?				
	67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?				
D)	MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Vigilante 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	NO SABE	
69	El mes pasado ¿Le entregaron o usted se "fue de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NO SABE	Si marca NO, NO SABE, pasar a la pregunta 70
	69.1 ¿Por qué medio recibió todos los materiales que usted ha recibido?				
	69.2 ¿Cómo califica 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 le pregunta sobre el estado de salud de su familia y de usted, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización?	SI	NO	NO SABE	
71	¿El facilitador que realiza especialmente durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NO SABE	
72	¿El facilitador que correctamente (cubre nariz y boca) lo o las especialistas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?	SI	NO	NO SABE	
73	¿El facilitador propina el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliaria y previo a una sesión de socialización?	SI	NO	NO SABE	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURIMAC

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

Teléfono Regional:	942160022	FICHA DE VIGILANCIA	CÓDIGO N°
Teléfono Nacional:	994431338	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL	

V.	TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vigilante 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	NO SABE	
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias	SI	NO	NO SABE	
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NO SABE	
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)				
75.1	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pidió dinero, regalo o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NO SABE	
75.2	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora 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	NO SABE	
75.3	¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitadora y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	NO SABE	
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales				
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales				
78	FECHA FINAL de la entrevista: 29/10/22	79	HORA FINAL de la entrevista: 15:03		

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO ANALFABETO QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VERIFICADOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL MONITOR DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y CONTROLA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	[illegible]	DNI:	[illegible]	DNI:	[illegible]
Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]	Nombres y Apellidos:	[illegible]
Cargo:	Cuidador Principal	Cargo:	[illegible]	Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:		Correo electrónico:	[illegible]	Correo electrónico:	
Teléfono:	[illegible]	Teléfono:	[illegible]	Teléfono:	