

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Cajamarca, 27 de diciembre de 2022.

OFICIO N° 0164-2022-CTVC/CAJAMARCA

Señor,

WILBER WILLINGTON HAQUUEHUA BUSTAMANTE

Jefe de la Unidad Territorial Cajamarca

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

Asunto : Se ALERTAN diez (10) 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 el (los) siguiente (s) CASO(S)¹:

- | | |
|------------------------------|------------------------------|
| • CASO N° 0208-2022-CTVC/CAJ | • CASO N° 0213-2022-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 0209-2022-CTVC/CAJ | • CASO N° 0214-2022-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 0210-2022-CTVC/CAJ | • CASO N° 0215-2022-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 0211-2022-CTVC/CAJ | • CASO N° 0216-2022-CTVC/CAJ |
| • CASO N° 0212-2022-CTVC/CAJ | • CASO N° 0217-2022-CTVC/CAJ |

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



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. CAJAMARCA: 942155526
Telf. SEDE LIMA: 942160511

CASO

N° 0213-2022-CTVC/CAJ

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MÁS	1. FECHA DE REGISTRO:	28/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	HERNÁNDEZ VILLANUEVA LILIANA MARITZA	3. NÚMERO-DNI:	71888923
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA - SEDE CAJAMARCA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	28/11/2022
7. DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	8. PROVINCIA:	JAEN
9. DISTRITO:	JAEN	10. CCPP/DIRECCIÓN:	SAN MIGUEL DE LAS NARANJAS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTIÓN DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA / ATENCIÓN?	73803867-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	03
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

El día 28/11/2022, el Equipo Técnico del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, durante las acciones de veeduría/vigilancia a la Prestación de Servicios del Programa Nacional Cuna Más, registró la Ficha de Vigilancia V-418-2022-CAJ-C (Ver Anexo 1) correspondiente a la entrevista realizada a la Sra. Ingrid Samantha Reyes Miñano identificada con DNI 73803867, cuidador principal de un usuario de 28 meses de edad del Servicio de Acompañamiento a Familias, **Comité de Gestión Niño San Miguelino** en el distrito de Jaén. Se registraron los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Ingrid Samantha Reyes Miñano manifestó que la facilitadora Sra. Bercely solo visitó su hogar en una oportunidad en el mes de noviembre. Dicha situación estaría contraviniendo la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 4.2.4 Frecuencia de las visitas a la familia son cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales.
- 2. PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA LA REALIZACIÓN DE SESIONES DE SOCIALIZACIÓN.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Ingrid Samantha Reyes Miñano manifestó que desde que su niña es usuaria nunca participado de las sesiones de socialización y que la facilitadora no la había convocado. Dicha situación estaría contraviniendo la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 4.2.4 Frecuencia de las sesiones de socialización: Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso.
- 3. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Ingrid Samantha Reyes Miñano manifestó que desde que su niña es usuaria del programa nunca ha recibido el kit de higiene y protección. Dicha situación estaría contraviniendo la RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM que en el numeral 5.4.1. 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. 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."

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El Programa Cuna Más debe garantizar el cumplimiento RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS".
- El Programa Cuna Más realice las indagaciones respectivas de los puntos críticos y se resuelvan en el debido plazo establecido según la Ruta de Emisión de Alertas del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as y potenciales usuarios/as.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 06)

- 1.- Ficha de Vigilancia V-418-2022-CAJ-C (01 folio)



Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana
CAJAMARCA
[Signature]
D^{ca} Lilliana M. Hernández Villaseca
RESPONSABLE REGIONAL

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CAJAMARCA

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

Teléfono Regional:	942155528	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N° V-418-2022-CAJ-C
Teléfono Nacional:	942160511	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 aplica esta ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa CUNA MÁS.

El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador principal (padre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información.

El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" a con 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:	7/12/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	08:40
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA.					
3	DNI del Cuidador Principal:	73893467	4	NOMBRE y APELLIDOS:	INGRID SAMANTHA REYES MIRANO
6	DEPARTAMENTO:	CAJAMARCA	6	PROVINCIA:	JAEN
7	DISTRITO:	JAEN	8	CCPP/Barrío/Dirección:	
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	NIÑO SAN MIGUELINO			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	(a) Padre (b) Madre (c) Otro:			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante):	(a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka (e) Anáhuay (f) Otro:			
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/PREGUNTA al Cuidador Principal del Hogar sobre la situación actual de los niños/as usuarios/as 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/as del Programa (en apellidos)	VALERY			
14	Prescriba la edad de sus niños/as usuarios/as del Programa (en meses)	28			
15	Prescriba el sexo de sus niños/as usuarios/as del Programa	(F) (M)	(F) (M)	(F) (M)	
16	¿Sus niños/as usuarios/as 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 niños/as usuarios/as están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, EN SALUD, otros)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarios/as tienen Carné de Atención Integral (CAI)?	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI NO NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus niños/as usuarios/as en que fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año):	9 22 NS/NR	NA	NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
20	¿Sus niños/as usuarios/as recibieron las vacunas que les corresponde?	SI NO NS/NR	NA	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus niños/as usuarios/as consumen el Suplemento de Hierro?	SI NO NS/NR	NA	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus niños/as usuarios/as se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI NO NS/NR	NA	NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarios/as 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 CIUDADANO 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/NR	24.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?	Porque verificamos su salud y crecimiento.
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI NO NS/NR	25.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?	se estimula al niño en su crecimiento.
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	SI NO NS/NR	26.1	SI marca SI, diga su nombre:	Berthy
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 0 A 36 MESES (El Veedor/PREGUNTA al Cuidador 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 NS/NR	27.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	y pase a la pregunta 33
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	1	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?	1	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 NS/NR	30.1	¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre
31	Prescriba Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	15 11 22			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL CAJAMARCA

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

CODIGO N° V-418-2022-CAJ-C

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

942155525

942160511

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

Teléfono Regional:

Teléfono Nacional:

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Facilitador realiza una Sesión de Socialización)

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

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

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

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

58 ¿El facilitador, cuando permanece durante la Sesión de Socialización?

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

60 ¿El facilitador motiva a que usted interactúe con otros cuidadores durante la Sesión de Socialización o interaprendizaje?

61 ¿El facilitador usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización?

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

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

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

65 ¿Está satisfactorio con el trabajo que realiza el facilitador durante la Sesión de Socialización?

66 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Facilitador realiza una Sesión de Socialización)

67 ¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre crianza, alimentación, cuidados de crianza)?

68 ¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre crianza, alimentación, cuidados de crianza)?

69 ¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre crianza, alimentación, cuidados de crianza)?

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

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Facilitador realiza una Sesión de Socialización)

68 El presente año ¿Le orientaron 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 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 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 usa doble mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?

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

73 ¿El Facilitador promueve el lavado de manos con agua y jabón en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL CAJAMARCA

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

CODIGO N° V-418-2022-CAJ-C

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Vecino pregunta al Ciudadano Principal del Hogar)

Teléfono Regional: 942155526
Teléfono Nacional: 942160511

TRANSPARENCIA		SI	NO	NS/R
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒	☐	NS/R
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒	☐	NS/R
74.3	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒	☐	NS/R
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)			
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒	☐	NS/R
75.2	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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?	☒	☐	NS/R
75.3	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador 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?	☒	☐	NS/R

76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales La facilitadora no ha avisado de las sesiones de socialización

77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales

FECHA FINAL de la entrevista:		7/12/2022		79		HORA FINAL de la entrevista:		09:18			
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:	73803867			DNI:	71888023			DNI:	71888023		
Nombres y Apellidos:	Ingrid Samantha Reyes Miliano			Nombres y Apellidos:	Liliana Maritza Hernández Villanueva			Nombres y Apellidos:	Liliana Maritza Hernández Villanueva		
Cargo:	Ciudadano principal			Cargo:	Responsable Regional			Cargo:	Responsable Regional		
Correo electrónico:				Correo electrónico:	subdirectora.transparencia@regional.cajam			Correo electrónico:	subdirectora.transparencia@regional.cajam		
Teléfono:	954034059			Teléfono:	942155526			Teléfono:	942155526		