

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

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”

Ayacucho, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 001-2023-CTVC/AYACUCHO

Señor:

Félix Octavio Huamaní Suárez
Jefe de la Unidad Territorial – VRAEM
Programa Nacional Cuna Más

Ayacucho.-

Asunto: Se ALERTA SEIS (06) 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° 001-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 002-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 003-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 004-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 005-2023-CTVC/AYA
- CASO N° 006-2023-CTVC/AYA

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,



Luis Cancho Cuba
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. U.T. AYACUCHO: 942155687 Telf. SEDE LIMA : 942160511	CASO	N° 001-2023-CTVC/AYA	
PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. FECHA DE REGISTRO:	08/12/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CANCHO CUBA LUIS	3. NÚMERO-DNI:	42277270
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA:	08/12/2022
7. DEPARTAMENTO:	AYACUCHO	8. PROVINCIA:	LA MAR
9. DISTRITO:	SANTA ROSA	10. CCPP/DIRECCIÓN:	MARINTARI
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	44663239-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01 hogar usuario	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	02 Puntos Críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Mediante la Ficha de Vigilancia V-324-2022-AYA-C se realizó la entrevista al hogar usuario del Comité de Gestión WAWA KUYAY, donde se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista al hogar de la señora Ruth Luisa Huancahuare Pillaca, madre y cuidadora principal del usuario, manifestó a la consulta sobre la entrega del Kit de materiales de aprendiza/Kit de Desarrollo Infantil Temprano, que desde su ingreso (11.04.2022) el programa le entregó este tipo de materiales, precisar que el menor tiene al momento de la entrevista veinticinco (25) meses de edad. Señalar que lo manifestado incumpliría lo indicado en el literal b del numeral 4.2.3 *Material/recursos a ser utilizados* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*”, que señala en el punto *Kit de materiales para las Familias* que “*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 (...). Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación*”. Mencionar que en el Anexo N° 08 (Kit de materiales para las Familias) de la norma señala que la niña y niño de 19 a 36 meses recibe un Kit de 7 tipos de materiales. (Ver Ficha de Vigilancia).

2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Finalmente señala a la consulta sobre el Kit de higiene y protección que última vez que le dieron este tipo de materiales habría sido en el mes setiembre del 2022; lo expresado limitaría lo indicado en el literal e *Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias* del numeral 5.4.1 *Medidas de Protección sanitaria para las visitas domiciliarias* de la RDE 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “*Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más*”, que en uno de sus puntos indica “*La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable (...). El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF (...). Periodicidad mensual.*” (Ver Ficha de Vigilancia).

Cabe resaltar que la visita se realizó en presencia de la señora Ruth Luisa Huancahuare Pillaca con DNI N° 44663239, en su calidad de madre y cuidadora principal del usuario del Comité de Gestión Wawa Kuyay del Servicio de Acompañamiento a Familias.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- El programa Cuna Más garantice lo dispuesto en la 026-2022-MIDIS/PNCM-DE “Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice en la entrega del Kit de materiales para las Familias, a fin que este contribuya al logro de los objetivos del servicio.
- El programa Cuna Más y el Comité de Gestión verifique, y de ser el caso, garantice que se entregue los materiales de higiene y protección como lo establece la norma.

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

Ficha de Vigilancia V-324-2022-AYA-C. (04 folios).


.....
Luis Cancho Cuba
Responsable Regional



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL AYACUCHO

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

Teléfono Regional: 942155687

Teléfono Nacional: 942160511

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-324-2022-AYA-C

 FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA Vigilancia Presencial 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 esa familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS

El Veedor/Vigilante se presenta ante el ciudadano principal (madre, padre o tutor) de la familia, le explica el objetivo de la vigilancia y luego le solicita la 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:	08/12/2024	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	11:50
DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA					
3	DNI del Ciudadano/a Principal:	44663239	4	NOMBRE y APELLIDOS:	Ruth Uriza Huancahuasi Pillaco
5	DEPARTAMENTO:	Ayacucho	6	PROVINCIA:	La Mar
7	DISTRITO:	Santa Rosa	8	CCP/Barrío/Dirección:	Morimor:
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Wawa Kuyay			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usario/a (a) Padre (b) Madre (c) Otro:	(b) Madre			
11	IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asharinka (e) Awajun (f) Otro:	(a) Español			
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/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:	01	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	¿Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos):	Luzmila del			
14	¿Precisa la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses):	25			
15	¿Precisa 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)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
17	¿Sus niños/as usuarias están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESAU, UD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarias tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus niños/as usuarias en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	11/22 NS/NR NA	NS/NR NA	NS/NR NA	SI marca NO, diga ¿Por qué?
20	¿Sus niños/as usuarias recibieron las vacunas que las corresponde?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus niños/as usuarias consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus niños/as usuarias se realizaron el examen de Hemoglobina este año?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarias tienen Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	24.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	para creces sano
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	25.1	Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?	para su desarrollo
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	26.1	Si marca SI, diga su nombre:	Guby
A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/A DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/a Principal del HOGAR)					
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientar sobre el cuidado de su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI 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?	04	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?	04	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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI NO NS/NR	30.1	Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?	
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	02/11/22	El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?		
A partir de la pregunta 22 hasta la 32, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar.					
					Y pase a la pregunta 53
		Signo	Casi siempre	A veces	Nunca NS/NR

Teléfono Regional: 942155687

Teléfono Nacional: 942160511

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V-324-2021-AYA - C

51	¿Unidad está satisfecha con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	Nada									
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	53.1	Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 54. ¿Desde que ingreso sus hijos a clases recibió:					
53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	(a) Una soraja	(d) Un juego de almonadita	(g) Un juego de vasos lógicos	(j) Un juego de tabacabajas						
		(b) Una pelota	(e) Un juego de animales de plástico	(h) Un aro para ensartar	(k) Otro:						NS/NR NA
		(c) Dos cuentos	(f) Un juego de almohetas	(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 canción	(c) Un muñeco de tela	(e) Un juego de vasos lógicos	(g) Una manita de algodón o polar o alfombra de tela						NS/NR NA
		(b) Una pelota	(d) Un juego de enhebrados	(f) Un juego de bloques lógicos	(h) Otro:						Excelente Buena Aceptable Regular Malo NS/NR
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?										
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?										
B)	SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Vendedor Principal del Hogar)										
54	El mes pasado ¿El facilitador realizó una Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 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 amigable, al aire libre y ventilado?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	57.1	En la sesión de Mantenimiento					
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)				120 min.						
59	¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	59.1						
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	60.1						
61	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	61.1						
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	pinotom, papel, papeles				
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	Ejercicios									
C)	ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Vendedor Principal del Hogar)										
66	¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos entre otros, alimentación, consejos de crianza)?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?	<input checked="" type="checkbox"/> 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?										
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?										
IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID-19 (El Vendedor Entrevista / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del Hogar)											
68	El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID-19?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR							
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "Kit de Higiene y Protección" para su familia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	NO	NS/NR							
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(c) Cuatro mascarillas respiradores KN95	(e) Otro:							NS/NR
		(b) Un papel toalla por rollo	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales								
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?										

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

Teléfono Regional:	942155687	FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	942160511	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	
CODIGO N° V-324-2022-ARA - C			
70	¿El Facilitador/a 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 con jabón o alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?		
V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION 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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	75 NEUTRALIDAD (Imparcialidad)		
	75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores al brindar el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o más de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <small>NS/NR</small>
	76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales		
	77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales		
78	FECHA FINAL de la entrevista:	08 / 12 / 2022	HORA FINAL de la entrevista: 12:12
	DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACION DURANTE LA APLICACION DE LA FICHA DE VIGILANCIA		
DNI:	44663239	DNI:	
Nombres y Apellidos:	Ruth Livia Huancabamba Pillay	Nombres y Apellidos:	LUIS CANCHO CUBA
Cargo:	Madre	Cargo:	Responsable Regional - Equipo Técnico - Ayacucho
Correo electrónico:		Correo electrónico:	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
Teléfono:	916182045	Teléfono:	
DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACION			
DNI:		DNI:	
Nombres y Apellidos:		Nombres y Apellidos:	LUIS CANCHO CUBA
Cargo:		Cargo:	Responsable Regional - Equipo Técnico - Ayacucho
Correo electrónico:		Correo electrónico:	COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
Teléfono:		Teléfono:	