

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL SAN MARTÍN**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”

Morales, 05 de enero de 2023

**OFICIO N°0001-2023-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 CASOS<sup>1</sup>

- CASO N°0001-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0002-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0003-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0004-2023-CTVC/SAN
- CASO N°0005-2023-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

<sup>1</sup> 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.

*Jr. Urbanización Jaime Baltazar Martínez de Compagnón (FONAVI) Mz. A Lt. N° 1 Distrito de Morales -San Martín*  
Cel. 942158973 - Email. [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [sanmartin.rctvcperu@gmail.com](mailto:sanmartin.rctvcperu@gmail.com);  
[http:// www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

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

# CASO

**N° 0005-2023-CTVC/SAN**

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	09/12/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:</b>			
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
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:</b>		6. Fecha de OCURRENCIA:	09/12/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	EL DORADO
9. Distrito:	SAN JOSÉ DE SISA	10. CCPP/Dirección:	CP SANTA CRUZ – CASERIO SAN JUAN DE MIRAFLORES
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	70761792-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):</b>			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de Servicios del Programa Cuna Más, el día 09/12/2022 se realizó una entrevista, mediante Ficha de Vigilancia V-314-2022-SAN-C, a la Sra. Jany Tuanama Satalaya, identificada con DNI N°70761792, madre de un usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Cuna Wasi Copal Sacha” del distrito de San José de Sisa; se registró los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO PROMUEVE EL CONSUMO DEL SUPLEMENTO DE HIERRO POR LOS NIÑOS USUARIOS DEL SERVICIO.** La entrevistada refiere que su niño usuario del programa no consume el suplemento de hierro, esto se debe a que no le entregaron en el puesto de salud, además menciona que hace 4 meses que no consume.
2. **PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Jany Tuanama menciona que el mes pasado, noviembre, no recibió el “Kit de higiene y protección”, manifestando que en el mes de octubre le entregaron solo mascarillas.

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM**.
- El Programa nos pueda informar las acciones de coordinación intersectorial que viene realizando en virtud del cumplimiento de las estrategias de control y prevención de la anemia de las niñas y niños usuarios del Programa, como lo establecen los lineamientos y directivas vigentes para garantizar que los niños usuarios del programa reciban suplementación preventiva de anemia.
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

1. Ficha de Vigilancia: V-314-2022-SAN-C. (04 folios).

  
.....  
  
**Jeanette Flores Ruiz**  
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-314-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL SAN MARTIN		FICHA DE VIGILANCIA			
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)		FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL			
Teléfono Regional:	942158973-920033057	CODIGO N°	V-314-2022-SAN-C		
Teléfono Nacional:	945095602				
<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA <input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		<input checked="" type="checkbox"/> Vigilancia Presencial <input checked="" type="checkbox"/> 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 registrará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; lo explicará el objetivo de la vigilancia y luego la solicitará información. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.					
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NSINR=No sabe, no responde NA=No aplica					
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	09/12/2022	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	11:51
DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA					
3	DNI del Cuidador/a Principal:	70761792	4	NOMBRE y APELLIDOS:	Jany Tuonama Satalaya
5	DEPARTAMENTO:	San Martín	6	PROVINCIA:	El Dorado
7	DISTRITO:	San José de Sisa	8	CCP/Barrío/Dirección:	c.P. Santa Cruz - San Juan de Maylo
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Cuna Wasi Copal Sacha			
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:	Padre	(a)	Madre	(b)
11	IDIOMA que usa más (fórmula predominante):	Español	(c)	Aymara	(d)
			(e)	Asháninka	(f)
			(g)	Quechua	(h)
			(i)	Otro:	
SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (E) 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 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	¿Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)	Daylen Smit			
14	¿Precisa la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	23			
15	¿Precisa el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F) NO (M) SI	(F) NO (M) SI	(F) NO (M) SI	
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO, diga ¿Por qué?
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO, diga ¿Por qué?
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CREDI)?	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO <input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO, diga ¿Por qué?
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CREDI? (Mes y Año)	1.0	2.2	NA	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
20	¿Sus niños/as usuarios reciben las vacunas que les corresponde?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	SI marca SI, diga ¿Por qué?
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CIUDADANO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS 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	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	24.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Prevenir enfermedad
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	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	25.1 SI marca SI o NO, diga ¿Por qué? Aprender
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	26.1 SI marca SI, diga su nombre: Ruth Esther Tuonama Tapalcom
A)	VISTAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 35 MESES (E) 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?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> SI	27.1 SI marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 33

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL SAN MARTIN**  
**VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)**

Teléfono Regional: 942159973-820033057  
 Teléfono Nacional: 945095602

**FICHA DE VIGILANCIA**  
**FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL**

CODIGO N° V-314-2022-SAN-C

28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a?	<u>4</u>	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?	<u>4</u>	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	30.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	Cada semana	A veces			Nunca NS/NR
31	¿Precisa Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a	<u>02/12/21</u>							

<b>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:</b>									
32	¿El facilitador/a le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	33.1 Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?:						
33	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS:)	<u>60</u>							
34	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	34.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
35	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua a chorros/baño con jabón, agua limpia o similar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	35.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
36	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/alimentación complementaria)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	36.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
37	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	37.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
38	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CREED y Vacunas de su niño/a, según su edad?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	38.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
39	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	39.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
40	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	40.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
41	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo proponer/realizar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	41.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
42	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo permitir/brincar que su niño/a explore y/o juegue libremente?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	42.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
43	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo hablarle a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	43.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
44	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	44.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
45	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo contarle, narrarle historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	45.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
46	¿El facilitador/a le orienta/practica cómo brindar afecto y caricias a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	46.1 Si marca SI, diga usted cómo valore esta orientación:	Excelente	Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR
47	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI	47.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	<u>Juegos, cuentos</u>					
48	¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							
49	¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							
50	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							
51	¿Usted está satisfechola con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							
52	¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							
53	¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?	<input checked="" type="checkbox"/> SI							

53.1	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Una sonaja <input checked="" type="checkbox"/> (b) Una pelota <input checked="" type="checkbox"/> (c) Dos cuentos	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Un año para ensartar (i) Un juego de bloques lógicos	(j) Un rompecabezas (k) Otro: _____	NS/NF	NA			
53.2	Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Un camión <input checked="" type="checkbox"/> (b) Una pelota	(g) Un juego de vasos lógicos (h) Otro: _____		NS/NF	NA			
53.3	¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron?		Excelente	<input checked="" type="checkbox"/> Buena	Aceptable	Regular	Mala	NS/NR	
53.4	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?	<u>Cambiar y tener mas juguetes. Que cuando vienen los que están en el mínimo material que se trae en los viajes al facilitador</u>							



**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL SAN MARTIN**

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

Teléfono Regional: 942153973-920033057      FICHA DE VIGILANCIA      CODIGO N° 1-314-2022-SAN-C  
 Teléfono Nacional: 945055802      FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

**V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)**

74	TRANSPARENCIA	SI	NO	NS/NR
74.1	¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.2	¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
74.2	¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	SI	NO	NS/NR
75.1	¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**76 OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales**

P. 69. La entrevista indica que en el mes de octubre no le entregaron mascarilla, pero el mes de noviembre no recibió nada.

**77 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales**

\_\_\_\_\_

78 FECHA FINAL de la entrevista: 09 / 12 / 2022      HORA FINAL de la entrevista: 12:18

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADOR/A PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACION 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 TECNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
DNI:	70761792	DNI:	46024131	DNI:	46024131
Nombres y Apellidos:	Jany Tuamama Sotolaya	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz	Nombres y Apellidos:	Jeanette Flores Ruiz
Cargo:	Cuidador principal	Cargo:	Responsable Regional	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:	_____	Correo electrónico:	sanmartin.vrctuc@peru.gob.pe	Correo electrónico:	sanmartin.vrctuc@peru.gob.pe
Teléfono:	921094626	Teléfono:	942158973	Teléfono:	942158973

