

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA**  
**SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA**

**"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"**  
**"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"**

Chachapoyas, 12 de noviembre del 2021.

**OFICIO N° 081-2021-CTVC/AMAZONAS BAGUA**

Señor:

**RICHARD GARCÍA DÍAZ**

Jefe de la Unidad Territorial – Amazonas

Programa Nacional Cuna Más

Presente. -

**Asunto: Se ALERTAN once (11) CASOS**

De mi especial consideración:

Es grato dirigirme a usted para hacer llegar un cordial saludo a nombre de los miembros Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (en adelante, el Comité), al mismo tiempo manifestar que el Comité tiene como función principal vigila 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.

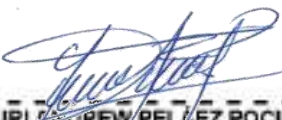
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizada por los integrantes de los Comités Locales del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana adjunto al presente le hago llegar el siguientes CASOS<sup>1</sup>

- |                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| • CASO N° 119-2021-CTVC/BAG | • CASO N° 125-2021-CTVC/BAG |
| • CASO N° 120-2021-CTVC/BAG | • CASO N° 126-2021-CTVC/BAG |
| • CASO N° 121-2021-CTVC/BAG | • CASO N° 127-2021-CTVC/BAG |
| • CASO N° 122-2021-CTVC/BAG | • CASO N° 118-2021-CTVC/BAG |
| • CASO N° 123-2021-CTVC/BAG | • CASO N° 129-2021-CTVC/BAG |
| • CASO N° 124-2021-CTVC/BAG |                             |

Finalmente me permito sugerir que se realice la verificación de cada Punto Crítico de este CASO y, concluido su procedimiento, le solicito a bien comunicar los resultados y la solución de estos

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

Atentamente,

  
**LIC. YURI ANDREW PELÁEZ POCLIN**  
RESPONSABLE REGIONAL (R) DEL COMITÉ DE  
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
AMAZONAS-BAGUA

<sup>1</sup> 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; precisando si tiene 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 demuestran.
- 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. Santo Domingo N°604-2do Piso-Chachapoyas-Amazonas  
(Local de la Mesa de Concertación Para la Lucha Contra la Pobreza)

Celular:942157610

correo electrónico: [mesadepartes.ctvcperu@gmail.com](mailto:mesadepartes.ctvcperu@gmail.com) / [amazonas.1rrctvcperu@gmail.com](mailto:amazonas.1rrctvcperu@gmail.com)

<http://www.ctvcperu.org.pe>

# COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Bagua: 942157610  
Teléfono Nacional: 942160511

## CASO

N° 126-2021-CTVC/BAG

|                                                                                      |                                                                          |                                            |                                     |                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------|----------------------|
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     | <b>CUNA MÁS</b>                                                          |                                            | 1. FECHA DE REGISTRO:               | <b>09/11/2021</b>    |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |                                                                          |                                            |                                     |                      |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                | <b>PELAEZ POCLIN YURI ANDREW</b>                                         |                                            | 3. NÚMERO-DNI:                      | 70805902             |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          | COMITÉ TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA SEDE REGIONAL AMAZONAS BAGUA |                                            | 5. CARGO:                           | RESPONSABLE REGIONAL |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |                                                                          |                                            | 6. FECHA DE OCURRENCIA:             | <b>09/11/2021</b>    |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     | AMAZONAS                                                                 | 8. PROVINCIA:                              | LUYA                                |                      |
| 9. DISTRITO:                                                                         | TRITA                                                                    | 10. CCPP/DIRECCIÓN:                        | JR. KARAJIA S/N                     |                      |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            | SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS                                    | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? | <b>43509481- CUIDADOR PRINCIPAL</b> |                      |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           | 01                                                                       | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:           | 01                                  |                      |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |                                                                          |                                            |                                     |                      |

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de Servicios en Contextos No Presenciales del PNCM, el día **09/11/2021** se realizó la entrevista telefónica a la Sra. Jovita Chappa Mendoza identificada con DNI N° **43509481- cuidadora principal** y madre de la niña de iniciales J.C.R atendida por el Comité de Gestión “**Mis Estrellitas del Futuro**”, donde se aplicó la ficha de veeduría **V-272-2021-BAG-C** evidenciándose el siguiente punto crítico:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA AL HOGAR KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN:** Durante la entrevista la señora Jovita Chappa Mendoza manifestó que el día de la entrega del Kit de higiene y protección ella no estaba presente en su domicilio y por ende no podía recibir estos materiales. Unos días después la facilitadora se acercó a su hogar, donde le hizo firmar la hoja de recepción de estos materiales, se refiere al anexo **N° 08 “FICHA DE CONTROL DE ENTREGA DEL KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN PARA FAMILIAS SAF-PNCM”**; sin haberle, entregado ningún material, indicándole que le hará entrega posteriormente; sin embargo, indica que hasta la fecha ella no ha recibido dichos materiales. Esta situación podría contravenir a lo dispuesto en la RDE-0766-2021-MIDIS/PNCM. **(Ver ficha de vigilancia)**

### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Que el programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 0766-2021-MIDIS/PNCM, Prestación de Servicios del PNCM en Contextos No Presenciales en el siguiente numeral:

“(…)

#### 4.2: De los objetivos del Acompañamiento no Presencial: (...)

**a) Kit DIT:** Busca reforzar la aplicación de las prácticas saludables y cuidado de la salud por parte de las familias. Se ha previsto una periodicidad de entrega mensual. (...)”

“(…)

#### 5.7. Dotación de bienes y materiales

##### 5.7.2. Kit de Higiene y Protección (Kit DIT)

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 usuarias/os y cuidador principal del SCD y familias usuarias del SAF,

para uso de la niña/niño, gestante y/o cuidador principal, 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. El Kit de higiene y protección está compuesto por los siguientes materiales: (...)  
(...)”

(...)

**5.10.1. Adquisición, organización, preparación y distribución de kits de higiene y protección:**

**c) Distribución de los kits de higiene y protección:**

- La distribución de los kits se realizará casa por casa y está a cargo de los actores comunales.
  - El/la Acompañante Técnico responsable de cada Comité de Gestión facilitará la información a los actores comunales, así como las fichas de control de entrega (anexos N° 08 y 09) para ser suscritas por las familias usuarias.
- b) Se recomienda al programa Cuna Más entregar los Kit de Higiene y Protección a las madres cuidadoras de los niños usuarios, realizar un seguimiento continuo para garantizar que efectivamente estos materiales han sido recibidos y están siendo usados como es debido.
- c) Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se comuniquen las acciones adoptadas para dar solución al punto crítico alertado.

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

- Ficha de Vigilancia N° V-272-2021-BAG-C.

  
LIC. YURI ANDREW PELÁEZ POCLÍN  
RESPONSABLE REGIONAL (a) DEL COMITÉ DE  
TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
AMAZONAS-BAGUA

Teléfono Regional: 942 157 610

Teléfono Nacional: 942 160 511

FICHA DE VIGILANCIA  
HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS

CODIGO N° V-272-BD-BA6-C

SEDE REGIONAL: AMAZONAS BAGUA

PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| ¿Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad?                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO                                |
| La respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | FECHA de la entrevista:                                                                                                        | 08 / 11 / 2021                                                                                                                                                                                           | 2 HORA de la entrevista: INICIAL 13:25 FINAL 13:35         |
| DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DNI del Cuidador Principal:                                                                                                    | 93509981                                                                                                                                                                                                 | 4 NOMBRE y APELLIDOS: Jayto Chappa Mendoza.                |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DEPARTAMENTO:                                                                                                                  | Amazonas                                                                                                                                                                                                 | 6 PROVINCIA: Luya                                          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | DISTRITO:                                                                                                                      | Tuto                                                                                                                                                                                                     | 8 CCPP/Barrio/Dirección: Jr. Roraima S/N.                  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:                                                                                  | a) Madre <input checked="" type="checkbox"/> b) Padre <input type="checkbox"/> c) Otros <input type="checkbox"/> Precise:                                                                                |                                                            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                                     | Mis Estrellitas del Futuro.                                                                                                                                                                              |                                                            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | IDIOMA que usa más (idioma predominante):                                                                                      | a) Español <input checked="" type="checkbox"/> b) Quechua <input type="checkbox"/> c) Aymara <input type="checkbox"/> d) Ashaninka <input type="checkbox"/> e) Awajún <input type="checkbox"/> f) Otros: |                                                            |
| PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más?                                                                | Niño 1: Años: 02 Meses: 01 Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:                                                                                                                                     |                                                            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más?                                                                 |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 14.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)                  | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecimiento y Desarrollo?                 | Niño 1: September Niño 2: Niño 3:                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> NS/NR                             |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)            | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 17.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año                | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 18.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)    | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 19.1 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?                                                              | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 20.1 Señale su nombre: Mariela Pizarro Reyno.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?       | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 21.1 La semana pasada, ¿cuántos días recibió estos mensajes?: 03                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 22                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal? | <input checked="" type="checkbox"/> SI                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NS/NR |
| 22.1 La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 22.2 ¿Cómo valora usted estas orientaciones?                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                | Muy Bueno                                                                                                                                                                                                | Bueno                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                | Malo                                                                                                                                                                                                     | Muy malo                                                   |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| a) Lactancia materna <input checked="" type="checkbox"/> b) Le doy hierro <input checked="" type="checkbox"/> c) Lavado de manos <input checked="" type="checkbox"/> d) Le doy agua hervida o clorada <input checked="" type="checkbox"/> e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas <input type="checkbox"/> f) Otros: |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |
| 23.1 Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                          |                                                            |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|
| Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Antes de preparar los alimentos <input checked="" type="checkbox"/> Antes de comer <input checked="" type="checkbox"/> Después de ir al baño <input type="checkbox"/> Después de cambiar el pañal <input type="checkbox"/> Antes de cambiar al bebé <input checked="" type="checkbox"/> Otros <i>Después del juego</i> |  |                                     |  | NS/NR                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| 24.1 Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1 und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| 26.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo                             |  |                                     |  |
| A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| 27.1 ¿Cómo valora usted estos materiales entregados?                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo                             |  |                                     |  |
| 27.2 ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| <i>Que mejoren la calidad de los materiales.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| ¿Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo                             |  |                                     |  |
| Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (videos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?                                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| 30.1 Si la respuesta es SI, ¿Cómo valora usted los materiales observados?                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |                                     |  | <input checked="" type="checkbox"/> Muy Bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Muy malo <input type="checkbox"/> NA |  |                                     |  |
| 30.2 Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| <i>No le ha llegado ningún video</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| a) Lavado de manos <input checked="" type="checkbox"/> b) Uso de mascarilla <input checked="" type="checkbox"/> c) Distanciamiento-1.5 metros <input checked="" type="checkbox"/> Ninguna ( ) Otros <i>Uso del Alcohol</i>                                                                                                                                 |  |                                     |  | NS/NR                                                                                                                                                                    |  |                                     |  |
| Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |                                     |  | a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis <input checked="" type="checkbox"/> c) Ninguna ( )                                                                                 |  |                                     |  |
| 32.1 Si la respuesta es Ninguna, diga por qué                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| ¿La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| ¿La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| ¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                     |  | <input type="checkbox"/> SI <input checked="" type="checkbox"/> NO NS/NR                                                                                                 |  |                                     |  |
| OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |                                     |  | <i>No firmo la entrega y recepción de materiales pero debería no le dan</i><br><i>ni físico</i>                                                                          |  |                                     |  |
| RECOMENDACIONES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                     |  |                                                                                                                                                                          |  |                                     |  |
| <b>DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b>                                                                                                                                                                                                   |  |                                     |  | <b>DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN</b>                   |  |                                     |  |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <i>Yuri Andrew Pelaez Pachri</i>    |  | Nombres y Apellidos:                                                                                                                                                     |  | <i>Yuri Andrew Pelaez Pachri</i>    |  |
| DNI:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | <i>70803402</i>                     |  | DNI:                                                                                                                                                                     |  | <i>70803402</i>                     |  |
| Cargo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  | <i>Responsable Regional</i>         |  | Cargo:                                                                                                                                                                   |  | <i>Responsable Regional</i>         |  |
| Correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | <i>amozamor.123456789@gmail.com</i> |  | Correo electrónico:                                                                                                                                                      |  | <i>amozamor.123456789@gmail.com</i> |  |