

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH

CAR60

Huaraz, 05 de enero de 2023

OFICIO N° 0007-2023-CTVC/ANCASH

Señora
NOELIA LASTENIA CUEVA ESCUDERO
Jefa de la Unidad Territorial Ancash
Programa Nacional Cuna Más



Presente. -

Asunto : Se ALERTA diez (10) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad en la ejecución de sus prestaciones sociales.

En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente(s) CASO(S)¹:

- CASO N° 0010-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0011-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0012-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0013-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0014-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0015-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0016-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0017-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0018-2023-CTVC/ANC
- CASO N° 0019-2023-CTVC/ANC

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de los casos y, concluido su procedimiento, le solicito sirva comunicar el resultado de la misma.

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

Atentamente,



¹ Para efectos de la atención del CASO alertado, el Comité entiende que un Caso Resuelto es aquel que el Programa le ha comunicado - por escrito -, manifestando:

- 1) Una conclusión sobre el CASO Alertado, precisando si tiene la CONDICIÓN de: FUNDADO o INFUNDADO
- 2) Si el CASO Alertado es FUNDADO, es necesario precisar la medida correctiva implementada o la medida a implementar y el plazo previsto.
- 3) Si el CASO Alertado es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales sustenta esta decisión.
- 4) Si el CASO Alertado corresponde a dos o más personas afectadas, es necesario individualizar la CONDICIÓN y proceder de acuerdo a los numerales 2 o 3, según corresponda.

El Comité publica en su página web todos los casos alertados al programa, así como las respuestas recibidas

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. de Ancash: 942154203
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0010-2023-CTVC/ANC

| | | | |
|---|--|--|---|
| PROGRAMA SOCIAL: CUNA MAS | | 1. FECHA DE REGISTRO: | 21/11/2022 |
| I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: | | | |
| 2. APELLIDOS NOMBRES: | ATALAYA QUISPE MIRIAN MELINA | | 3. NÚMERO-DNI: 71096844 |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA DEL DISTRITO DE CATAC | | 5. CARGO: VOCAL |
| II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: | | | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 21/11/2022 |
| 7. DEPARTAMENTO: | ANCASH | 8. PROVINCIA: | RECUAY |
| 9. DISTRITO: | CATAC | 10. CCPP/DIRECCIÓN: | PARCO |
| 11. PROCESO: | GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS DE | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VIGILANCIA/ ATENCIÓN? | 021702-NIÑOS INTELIGENTES Y SALUDABLES PARA EL FUTURO |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS: | 73 | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS | 01 |
| III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES): | | | |

En el marco de la campaña de veeduría al Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Cuna Más, se entrevistó a la Sra. Vanesa Fiorela Capcha Padilla, presidenta del Comité de Gestión "Niños Inteligentes y Saludables para el Futuro", evidenciándose el siguiente punto crítico:

- COMITÉ DE GESTIÓN NO TIENE CRONOGRAMA DE TRABAJO:** Durante la veeduría se consultó a la presidenta del Comité de Gestión quien informó, que no cuentan con el cronograma de trabajo del 2022, indicó que le capacitaron sobre este tema, pero la junta directiva no elaboró este instrumento; por lo que desconocen la planificación de sus actividades. Situación que estaría afectando el cumplimiento de la RDE N° RDE-000344-2022-MIDIS/PNCM-DE en la directiva del "Modelo de Cogestión Comunal para la Implementación y Funcionamiento de los Servicios del Programa Nacional Cuna Más", en el numeral 4.4.3. en el inciso A. Responsabilidades de la Junta Directiva.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Para el adecuado cumplimiento de la Prestación de los Servicios del programa Cuna Más, y en observancia a los lineamientos técnicos que el programa establece para su servicio, se sugiere lo siguiente:

- El programa Cuna Más garantice el cumplimiento de los lineamientos técnicos para la implementación y funcionamiento del servicio bajo cogestión comunitaria, acompañe en la elaboración del cronograma de trabajo.
- Se solicita verificar el caso y se nos pueda informar sobre las medidas adoptadas y las acciones que se vienen estableciendo para la solución de la situación crítica alertada en este caso.

V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 03)

- Copia de la Ficha V-325-2022-ANC-C (03 folios).



MARETZA MALLQUI AGUILAR
Responsable Regional Estado Tercer Ancoash
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA AL PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
EJECUCION INSTITUCIONAL
COMITE DE GESTION-SAF-PRESIDENCIAL

CODIGO N° V-032B - 2022 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 945095502

La FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA
(a) Vigilancia Presencial
(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA
(b) Vigilancia NO Presencial

OBJETIVO: VERIFICAR LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE LOS COMITÉS DE GESTIÓN EN EL EJERCICIO DE SUS FUNCIONES.
INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta ficha a un miembro de la Junta Directiva del Comité de Gestión (Presidente, secretario, secretario, tesorero) del Servicio de Acompañamiento a Familias.
El Veedor/Vigilante se presentará ante un miembro de la Junta Directiva del Comité de Gestión, lo explicará el objetivo de la entrevista, luego le solicitará información.
El Veedor/Vigilante deberá marcar con "X" la alternativa correcta en cada pregunta de la ficha de Vigilancia.

Es toda la ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: No se verificó No se aplicó No aplica No sabe, no responde No aplica

5:10 PM

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: 21/11/2022 2 HORA INICIAL de la Vigilancia:

3 DNI del directivo: 721509102

4 NOMBRE y APELLIDOS del directivo: Vivesa, F. capcha radilla

5 DEPARTAMENTO: ANCASH

6 PROVINCIA: Recay

7 DISTRITO: Centro poblado psaco

8 CCPI/Barrío/Dirección del Comité de Gestión: 19/06/21

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre: Niños Inteligentes y Saludables

10 FECHA de Conformación del Comité de Gestión: 17 meses

11 CARGO en la Junta Directiva: Presidente (b) Secretario (c) Tesorero

12 TIEMPO que ejerce el cargo: (a) Básica especial (f) Técnico (g) Superior

13 NIVEL EDUCATIVO del directivo: (a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria

14 IDIOMA que usa más (forma predominante): Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Asháninka

15 La Junta Directiva Actual del Comité de Gestión, tiene una Resolución de Reconocimiento del Programa Cuna Más NO SI marca SI, diga N° de Resolución: 00750-2021-H/DIS/PNCH-DE

EL CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DEL COMITÉ DE GESTIÓN SOBRE SUS FUNCIONES Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS (El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión)

16 ¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de los niños/as menores de 36 meses? SI NO NS/NR 16.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?: porque es básico

17 ¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con los niños/as menores de 36 meses? SI NO NS/NR 17.1 Si marca SI o NO, diga ¿Por qué?: porque estimulan mas rapido

18 ¿Usted conoce el nombre de su acompañante técnico del programa Cuna Más? SI NO NS/NR 18.1 Si marca SI, diga su nombre: Edson Diez Páez

A) FORTALECIMIENTO DE CAPACIDADES Y ASISTENCIA TÉCNICA A MIEMBROS DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE GESTIÓN: (El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión)

19 En el presente año cuántas veces le ha brindado capacitación el Acompañante Técnico u otro personal del programa? 10 veces SI es CERO (0), diga ¿Por qué? paso a la pregunta 3)

A partir de la pregunta 20 hasta la 32, precise Usted qué actividades de fortalecimiento de capacidades le brindaron el Acompañante Técnico u otro personal del programa, en el presente año:

20 ¿El acompañante técnico le orientó/capacitó en el idioma que usted más usa? SI NO NS/NR

21 ¿Le orientaron/capacitaron sobre Cuna Más y su contribución con el desarrollo infantil temprano de sus familias usuarias? SI NO NS/NR

22 ¿Le orientaron/capacitaron sobre las funciones que deben cumplir los miembros de la junta directiva del Comité de Gestión? SI NO NS/NR 22.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

23 ¿Le orientaron/capacitaron la capacitación sobre los roles que deben cumplir las acciones comunales en el presente año? SI NO NS/NR 23.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

24 ¿Le orientaron/capacitaron sobre cómo elaborar el cronograma de trabajo de su Comité en el presente año? SI NO NS/NR 24.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

25 ¿Le orientaron/capacitaron sobre la enfermedad de la anemia y cómo prevenirla en el presente año? SI NO NS/NR 25.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

26 ¿Le orientaron/capacitaron sobre las prácticas saludables que impulsó el programa Cuna Más en el presente año? SI NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

27 ¿Le orientaron/capacitaron sobre manejo de recurso económicos del Comité de Gestión y justificación del gasto? SI NO NS/NR 27.1 Si marca SI, diga cuál de las veintiseis actividades

| | Expiente | Buena | Regular | Mala | NS/NR |
|------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 22.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27.1 | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Teléfono Regional: 942154203
Teléfono Nacional: 845095632

FIGURA IDENTIFICADORA: *Propensos, Papetos, etc.*

COMITE DE GESTION-SAF-PRESENCIAL

| | | | | | |
|----|--|--|----------|------|---|
| 28 | ¿Los capacitadores del programa usaron materiales educativos durante la orientación/capacitación? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 28.1 | Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: <i>Propensos, Papetos, etc.</i> |
| 29 | ¿Las orientaciones/capacitaciones que le brindaron son claras y comprensibles? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 29.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? |
| 30 | ¿Los capacitadores del programa le brindaron buen trato a usted en cada momento durante la orientación/capacitación? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 30.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? |
| 31 | ¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realizan los capacitadores (acompañante técnico u otro personal del programa) durante la orientación/capacitación? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 31.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? |

| | | | | | |
|---|--|--|----------|------|---|
| 32 | ¿Qué recomendaría usted para que estas capacitaciones mejoren? | | | | |
| B) PRACTICAS DEL COMITE DE GESTION: ¿El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión y VERIFICA documentos? | | | | | |
| 33 | ¿La Junta Directiva del Comité de Gestión tiene elaborado su cronograma de trabajo para el presente año (verificar)? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 33.1 | Si marca SI, ¿muestre el cronograma? |
| 34 | ¿La Junta Directiva del Comité de Gestión paga puntualmente el incentivo Monetario a actores comunales (Facilitadores)? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 35 | ¿La Junta Directiva tiene reuniones de coordinación interna entre sus integrantes (La Junta Directiva invitando a la población de errandiz, tabernazos y reintegración de cuernas en sus cuernos o mesas)? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 35.1 | Si marca SI, precise en qué mes está presente en la reunión. <i>17/11/22</i> |
| 36 | ¿Algun miembro de la Junta Directiva del Comité de Gestión es familiar de algún Actor Comunal? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 37.1 | Si marca SI, al vector debe llenar una FICHA de ATENCIÓN para precisar el caso. |

| | | | | | |
|--|--|--|----------|------|-----------------------------|
| C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL" ¿El Veedor/a PREGUNTA al miembro de la junta directiva entrevistado/a si conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (vídeos sobre cuernos, alimentación, consejos de crianza)? | | | | | |
| 38 | Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuernos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 38.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? |
| 39 | ¿Cómo valoró usted los materiales audiovisuales que ha visto? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 39.1 | Si marca NO, diga ¿Por qué? |
| 39.2 | Si marca SI, ¿Cómo valoró usted los materiales audiovisuales que ha visto? | | | | |
| 39.3 | ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales? | | | | |

| | | | | | |
|---|---|--|----------|------|--|
| III. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID-19: ¿El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión? | | | | | |
| 40 | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió? | <i>3 Dosis</i> | NS/NR | 40.1 | Si marca CERCA (0), diga ¿Por qué? |
| 41 | El presente año ¿Le capacitaron a usted sobre las formas de prevención de COVID-19? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | 41.1 | Si marca SI, diga cuál otro video utilizó para capacitación. |
| 42 | El mes pasado ¿Le entregaron implementos de protección sanitaria? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 42.1 | Por favor marque todos los implementos sanitarios que le entregaron a usted | <input checked="" type="checkbox"/> Alcohol en Gel | | | |
| 42.2 | ¿Cómo valoró usted los implementos sanitarios que le entregaron? | | | | |
| 42.3 | ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos implementos? | | | | |

| | | | | | |
|--|--|--|----------|--|--|
| IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión): | | | | | |
| 43 TRANSPARENCIA | | | | | |
| 43.1 | ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 43.2 | ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 43.3 | ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|--|--|
| 44 NEUTRALIDAD (Imparcialidad) | | | | | |
| 44.1 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 44.2 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a apoyar o votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 44.3 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o estar de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |

| | | | | | |
|---|--|--|----------|--|--|
| V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACION DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA a un miembro de la junta directiva del Comité de Gestión): | | | | | |
| 43 TRANSPARENCIA | | | | | |
| 43.1 | ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 43.2 | ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 43.3 | ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |

| | | | | | |
|--------------------------------|---|--|----------|--|--|
| 44 NEUTRALIDAD (Imparcialidad) | | | | | |
| 44.1 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 44.2 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a apoyar o votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |
| 44.3 | ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió al usuario/a asistir a alguna reunión o estar de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias? | <input checked="" type="checkbox"/> SI | NO NS/NR | | |

Que les mande mas videos entendibles y mesuales

Saben igualo a Papel toalla

y pase a la pregunta 40:

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

Excelente Bueno Aceptable Regular Malo NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL ANCASH
VIGILANCIA AL PRESTACION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)
EJECUCIÓN VIGILANCIA
COMITE DE GESTIÓN SAF-PRESENCIAL

CODIGO N° V - 03225 - 2021 - ANC - C

Teléfono Regional: 942154253
Teléfono Nacional: 945006632

45 OBSERVACIONES / COMENTARIOS

46 RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS

5:53

46 HORA FINAL de la entrevista:

21/11/2022

47 FECHA FINAL de la entrevista:

| DATOS DEL INFORMANTE - MIEMBRO DE LA JUNTA DIRECTIVA DEL CG QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN 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 TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE MONITOREA Y COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN | |
|--|-------------------------|--|------------------------------|---|-----------------------------|
| DNI: | 2250902 | DNI: | 71096844 | DNI: | 31660360 |
| Nombres y Apellidos: | Vicenta Pacheco Padilla | Nombres y Apellidos: | Miriam Melina Atalaya Guispe | Nombres y Apellidos: | Paizta Mallqui Aguilar |
| Cargo: | Presidenta | Cargo: | Delegada/Vocal del CL | Cargo: | RR TVC |
| Correo electrónico: | - | Correo electrónico: | - | Correo electrónico: | ancash.trc@vopere@gmail.com |
| Teléfono: | 918506545 | Teléfono: | 910551198 | Teléfono: | 942154203 |