

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad la Paz y el Desarrollo"

Huánuco, 10 de mayo de 2023

OFICIO N° 0090-2023-CTVC/HUANUCO

Sr.

JULIO MENDIGURE FERNANDEZ

Director Ejecutivo (e)

Programa Nacional de Entrega de la Pensión no Contributiva a Personas con Discapacidad Severa en Situación de Pobreza-CONTIGO

Presente. -

Asunto : Se ALERTA un (01) CASO

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 siguiente CASO¹:

- CASO N° 0072-2023-CTVC/HUA

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

A la espera de su pronta atención, quedo de Usted

Atentamente



JUAN JOSE PARDAVE TREJO

Responsable Regional

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

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

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

Jr. 28 de julio N° 1388 – Huánuco

Teléfono Celular: 942161082

Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / huanuco.rrectvcperu@gmail.com

Página Web: www.ctvcperu.org.pe

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Huánuco 942161082 Teléfono Nacional: 942160511	CASO	N° 0072-2023-CTVC/HUA
PROGRAMA SOCIAL: CONTIGO	1. FECHA DE REGISTRO: 20/04/2023	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:		
2. APELLIDOS NOMBRES: LORENZO SANTA CRUZ FIORELA LAURA	3. NÚMERO-DNI: 43820311	
4. ORGANIZACIÓN/ INSTITUCIÓN: COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – SEDE REGIONAL HUANUCO	5. CARGO: RESPONSABLE DE CAMPO	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		6. FECHA DE OCURRENCIA: 20/04/2023
7. DEPARTAMENTO: HUANUCO	8. PROVINCIA: LAURICOCHA	
9. DISTRITO: JESÚS	10. CCPP/DIRECCIÓN: JESÚS	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 46909504-RESPONSABLE OMAPED-MUNICIPALIDAD DE JESÚS	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS: 01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 03 Puntos Críticos	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):		

El 20/04/2023, se realizó la entrevista al Sr. Betuel Sánchez Cornelio identificado con DNI N° 46909504, responsable del OMAPED de la Municipalidad Provincial de Lauricocha, registrándose la información en la Ficha de Entrevista N° V-0123-2023-HUA-D, donde se identificó los siguientes puntos críticos:

1. **PROGRAMA NO REALIZA ACOMPAÑAMIENTO AL COBRO DE SUS USUARIOS.-** En entrevista realizada al responsable del OMAPED manifestó que, en los últimos 04 meses, el Programa Contigo no realizó el acompañamiento, seguimiento y/o monitoreo a los usuarios/as, en las actividades que promuevan el ejercicio de sus derechos, orientado hacia la mejora de la calidad de vida. Esta situación podría contravenir lo dispuesto en la **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE** que establece, en el numeral 6.4 de la Gestión de Seguimiento y Monitoreo, que a la letra dice: La gestión del seguimiento y monitoreo, parte del recojo de información, procesamiento y análisis que permita medir el avance de las actividades, identificar dificultades e incorporar medidas correctivas. Es de especial interés monitorear el uso que le da el/la usuario/a a la pensión no contributiva, lo cual permite al programa contar con información para optimizar la intervención y orientarlo hacia la mejora de la calidad de vida.

2. **NO SE BRINDA SERVICIOS COMPLEMENTARIOS A USUARIOS/AS.-** Durante la entrevista al responsable del OMAPED refiere, que durante los últimos 06 meses el programa Contigo, no ha brindado servicios complementarios especializados a sus usuarios/as, que contribuya a la mejora de la calidad de vida; ni ha desarrollado acciones de articulación intersectorial e interinstitucional en el distrito a favor del usuario/a. Esta situación podría contravenir **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE** en el numeral 4 inciso 4.1 lo cual establece que, en la Unidad de Acompañamiento: Unidad técnica encargada de promover el acceso a servicios complementarios especializados otorgados por otros sectores públicos o privados, adicionales a las que otorga el programa Contigo, que contribuyan a la elevar en la calidad de vida de las personas con discapacidad severas usuarias (os) del programa, a través de los subprocesos de articulación intersectorial, intergubernamental e interinstitucional y acompañamiento al usuario, así como implementar los mecanismos para el monitoreo de uso de la pensión.
Esta Situación también podría vulnerar la **RDE N° 036-2021-MIDIS/PNPDS-DE**, “Plan de Trabajo 2021 Unidad de Acompañamiento” en el numeral V inciso 5.1 Objetivo General que a la letra dice: Usuarios/as reciben servicio integral de acompañamiento que contribuye al acceso de los servicios complementarios y a la promoción del ejercicio de sus derechos acorde a las necesidades de su condición.

3. **PERSONAL DE OMAPED TIENE DIFICULTADES PARA COMUNICARSE CON EL PROGRAMA .-** Durante la entrevista el responsable del OMAPED manifestó que, no tiene comunicación fluida con el programa Contigo, toda vez que realiza llamadas de manera constante sin obtener respuesta alguna, creando así, incertidumbre e inconclusas las consultas de los ciudadanos, ante la demanda de información solicitada por los usuarios/as.

Esta Situación también podría vulnerar la **RDE N° 044-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, “Plan de Trabajo 2022 Unidad de Acompañamiento” en el numeral 7, inciso 7.3 Brecha de Atención b) Articulación: que a la letra dice: “Teniendo en cuenta que las acciones de articulación están dirigidas principalmente a los Gobiernos Locales, en su condición de aliados estratégicos a través de los cuales se llega a las/os usuarias/os; se ha calculado la brecha en función de los GL que acceden a los servicios”.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

1. Se sugiere al programa Social el estricto cumplimiento de la **RDE N° 091-2020-MIDIS/PNPDS-DE**.
2. Se sugiere al programa Social el estricto cumplimiento de la **RDE N° 036-2021-MIDIS/PNPDS-DE**, “Plan de Trabajo 2021 Unidad de Acompañamiento”.
3. Se sugiere al programa Social el estricto cumplimiento de la **RDE N° 044-2022-MIDIS/PNPDS-DE**, “Plan de Trabajo 2022 Unidad de Acompañamiento”.
4. Se sugiere al Programa Social verificar el caso y se nos pueda informar sobre las acciones que vienen implementando para la solución de la citada alerta.

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

1. **Anexo N° 01:** Ficha de Entrevista V-0123-2023-HUA-D (03 folios).



Fiorela L. Lorenzo Santa Cruz
Responsable de Campo.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	942161082	FICHA DE ENTREVISTA OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO	CODIGO N° <u>Y-0123-2023-HUA-</u>
Teléfono Nacional:	942160511		
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	<u>20 / 04 / 2023 /</u>	2	HORA INICIAL de la entrevista:	<u>02 : 15</u>
---	---------------------------------	-------------------------	---	--------------------------------	----------------

NOTA IMPORTANTE:

- A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.
 B) **PRECISE EL BIMESTRE DE PAGO QUE SE VIGILA:** (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre

I. DATOS GENERALES DE LA OMAPED:

3	DEPARTAMENTO:	<u>HUANUCO</u>	4	PROVINCIA:	<u>LAURECOCHA</u>
5	DISTRITO:	<u>JESÚS</u>	6	Dirección de la Municipalidad:	<u>CRISTOBAL colon s/n</u>

I. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE (Representante de la OMAPED):

7	N° DNI del Informante:	<u>46909504</u>	8	Apellidos y nombres del Informante:	<u>SANCHEZ CORNELIO BETUEL</u>
9	Edad del Informante:	<u>28</u>	10	Sexo del Informante	Femenino () Masculino (X)
11	Teléfono/celular del Informante:	<u>931 082 046</u>	12	Presenta alguna discapacidad: marque	SI () NO (X)
13	Fecha que inició labores en OMAPED	<u>10 / 01 / 2023 /</u>			
14	Nivel de instrucción del Informante:	(a) Sin nivel (b) Inicial (c) Primaria (d) Secundaria (e) Básica especial (f) Técnico (g) Superior			
15	Idioma predominante del Informante:	(a) Castellano/Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Ashaninka (e) Awajún (f) Otro: _____			

II. PROCESO: GESTIÓN DE LA ENTREGA DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA

A. GESTION DE AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA					
16	¿Usted conoce cuál es la finalidad del Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
17	¿Usted conoce los requisitos para ser usuario del Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
18	¿Usted conoce las modalidades de afiliación al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
19	¿Usted conoce el formato para la afiliación de usuarios (formato PC 1000)?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
20	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de afiliación al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
21	¿Usted ha realizado algún trámite de afiliación al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
(De marcar NO, pase a la pregunta 13 y siguientes)					
22	¿Es gratuito el trámite de la solicitud de afiliación?	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más	SI	NO	NS/NR
22.1	De marcar NO, diga cuánto es el costo:				
B. GESTION DEL COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA: SOBRE LA AUTORIZACION DEL COBRO DE LA PENSION					
23	¿Usted conoce las pautas para enviar solicitudes de autorización de cobro al Programa Contigo?	(Para confirmar la respuesta pida al informante que explique brevemente el punto)	SI	NO	NS/NR
24	¿Usted ha realizado algún trámite de autorización de cobro al Programa Contigo?		SI	NO	NS/NR
De marcar NO, pase a la pregunta 26 y siguientes					
25	¿Es gratuito el trámite para la autorización de cobro?	(a) 1 a 10 soles (b) 11 a 20 soles (c) 21 a 50 soles (d) 51 soles a más	SI	NO	NS/NR
25.1	De marcar NO, diga cuánto se paga:				
C. VERIFICACION Y SEGUIMIENTO DEL COBRO: SOBRE LA ENTREGA DE LA PENSION (COBRO DE LA PENSION NO CONTRIBUTIVA DEL BIMESTRE)					
26	¿En su distrito se realizó la entrega de la pensión, correspondiente al bimestre?		SI	NO	NS/NR
26.1 De marcar NO precise ¿Por qué no se realizó? — Pase a la Pregunta 28 y siguientes:					
C.1. INCIDENCIAS RELACIONADAS AL COBRO DE LA PENSION DEL BIMESTRE					
27	¿Llegaron quejas/reclamos a la OMAPED sobre el cobro de la pensión de Usuarios?		SI	NO	NS/NR
De marcar NO Pase a la Pregunta 18 y siguientes					
		(a) La OMAPED no envió la solicitud de autorización de cobro al Programa			
		(b) El Programa Contigo demora el trámite de autorización de cobro			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	942161082	FICHA DE ENTREVISTA		CODIGO N°	V-0123-2023-HUA-D
Teléfono Nacional:	942160511	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	(b) FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	20 / 04 / 2023 /	2	HORA INICIAL de la entrevista:	02:15
---	---------------------------------	------------------	---	--------------------------------	-------

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la entrevista debe ser únicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.

B) PRECISE EL BIMESRE DE PAGO QUE SE VIGILA: (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre

27.1	¿Cuáles son las principales quejas/reclamos que llegaron a OMAPED sobre el cobro de la pensión de usuarios? (Puede marcar más de una opción:)	(c) Dificil acceso al banco/cajero
		(d) Banco/cajero cerrado/no atiende
		(e) No abonaron la cuenta del usuario
		(f) Bloquearon la cuenta del usuario
		(g) Pérdida de tarjeta del usuario
	(h) Otros Precise: _____	

III. PROCESO: GESTION DEL ACOMPAÑAMIENTO

VERIFICACIÓN DE LA CAPACITACIÓN AL PERSONAL DE LA OMAPED (ACCESO Y SOPORTE DE LA APLICACIÓN USUARIO OMAPED DEL PROGRAMA CONTIGO)

28	¿Usted sabe en qué consiste la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 29 y siguientes					
28.1	Si la respuesta es "SI", usted cuenta con usuario y contraseña para ingresar aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
28.2	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindó asistencia técnica para el correcto llenado del módulo de registro de información para el acceso		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
28.3	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo asistencia técnica para el correcto uso de la aplicación USUARIO OMAPED.		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
28.4	Si la respuesta es "SI" el Programa le brindo asistencia técnica sobre el uso de la información de los/las usuarios/as, potenciales usuarios/as, además del uso correcto de sus datos personales.		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
28.5	Si la respuesta es "SI", el Programa le brindo materiales informativos para el uso correcto de los datos contenida en la aplicación?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
28.6	Si la respuesta es "SI", Cómo califica la aplicación web USUARIO OMAPED del Programa Contigo?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena			<input type="checkbox"/> NS/NR
	Explique: _____				
29	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AFILIACION A LA PENSION NO CONTRIBUTIVA del Programa Contigo?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 30 y siguientes					
29.1	¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual			
29.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	(a) 1 sola vez (b) 2 veces (c) 3 veces (d) 4 veces a más			<input type="checkbox"/> NS/NR
29.3	¿Lo capacitaron en el Idioma que usted usa?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
29.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena			<input type="checkbox"/> NS/NR
30	¿El último año, usted recibió capacitación sobre el trámite de AUTORIZACIÓN DEL COBRO DE LA PENSIÓN ?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
De marcar NO - NS/NR Pase a la Pregunta 31 y siguientes					
30.1	¿Cuál fue la modalidad?	(a) Presencial (b) Virtual			
30.2	¿Cuantas veces recibió capacitación sobre el tema, en el último año?	(a) 1 sola vez (b) 2 veces (c) 3 veces (d) 4 veces a más			<input type="checkbox"/> NS/NR
30.3	¿Le capacitaron en el Idioma que usted usa?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
30.4	¿Cómo califica la capacitación brindada por el Programa?	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy Buena			<input type="checkbox"/> NS/NR
VERIFICACIÓN DEL SEGUIMIENTO Y MONITOREO NO PRESENCIAL					
31	En los 4 últimos meses ¿El personal de OMAPED, realizó seguimiento a los usuarios para verificar si están cobrando su pensión (via telefónica, whatsApp u otro medio no presencial)?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
32	En los 4 últimos meses ¿El programa Contigo realizó el monitoreo de entrega de la pensión no contributiva a los usuarios?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
33	En los 6 últimos meses ¿Se brindó algún servicic complementario especializado a los usuarios del Programa, para contribuir a la mejora de su calidad de vida?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
34	¿Hace cuánto tiempo un funcionario del Programa Contigo no se comunica con usted	(a) 15 días (b) 1 mes (c) 2 meses (d) mas de 3 meses			<input type="checkbox"/> NS/NR
35	¿Le resulta fácil comunicarse con la sede central del Programa Contigo?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
35.1	De marcar NO precise la dificultad:	en llamada no contestan te hacen esperar			

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL HUANUCO

VIGILANCIA AL PROCESO DE GESTIÓN DE LA ENTREGA Y GESTIÓN DEL ACOMPAÑAMIENTO DE LA PENSIÓN NO CONTRIBUTIVA DEL PROGRAMA CONTIGO

Teléfono Regional:	942161082	FICHA DE ENTREVISTA		CODIGO N°	V-0123-2023-HUA-D
Teléfono Nacional:	942160511	OMAPED-ALIADA DEL PROGRAMA CONTIGO			
		(a) FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA		

1	FECHA INICIAL de la entrevista:	20/04/2023/	2	HORA INICIAL de la entrevista:	02:32
---	---------------------------------	-------------	---	--------------------------------	-------

NOTA IMPORTANTE:

A) La aplicación de la entrevista debe ser unicamente al responsable de la OMAPED, con una antigüedad no menor a 3 meses en el cargo.

B) **PRECISE EL BIMESRE DE PAGO QUE SE VIGILA:** (a) Enero - Febrero (b) Marzo - Abril (c) Mayo - Junio (d) Julio - agosto (e) Setiembre - octubre (d) Noviembre - diciembre

IV. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD

VERIFICACIÓN DE LA NEUTRALIDAD Y NO USO POLITICO DEL PROGRAMA: por parte de algún operador/representante del Programa Contigo

36	¿Le pidió dinero, regalos o favores a cambio de realizar algún trámite ante el programa?	Puede ampliar la respuesta en observaciones	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
37	¿Usa políticamente el Programa para favorecer algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
38	¿Le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
39	¿Le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?	Puede ampliar la respuesta en observaciones	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR

40	OBSERVACIONES (o dificultades)	
----	--------------------------------	--

Se solicita medicos especialistas en todas las zonas

41	RECOMENDACIONES	
----	-----------------	--

42	FECHA FINAL de la entrevista:	20/04/2023/	44	HORA FINAL de la entrevista:	02:32
----	-------------------------------	-------------	----	------------------------------	-------

DATOS DEL VEEDOR-MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE RECOJO DE LA INFORMACIÓN		DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL MONITOREO Y EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	
Nombres y Apellidos:	FIORELA LAURA LORENZO SANTA CRUZ	Nombres y Apellidos:	FIORELA LAURA LORENZO SANTA CRUZ
DNI:	43820311	DNI:	43820311
Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO CTVC	Cargo:	RESPONSABLE DE CAMPO CTVC
Correo electrónico:	huanuco-2ctvcperu@gmail.com	Correo electrónico:	huanuco-2ctvcperu@gmail.com
Teléfono:	920059722	Teléfono:	920059722