

01

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL PIURA

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Piura, 28 de diciembre de 2022

OFICIO N°0056-2022-CTVC/PIURA

Señora

VÍCTOR HUGO FARFÁN REYES

Jefa de la Unidad Territorial – Piura

Programa Nacional Cuna Más.

Presente. -



Asunto : Se ALERTA CINCO (05) CASOS

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (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 los siguientes CASOS¹:

- CASO N° 0149-2022-CTVC/PIU AL CASO N° 0153-2022-CTVC/PIU

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos 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


Roberth Vidal Olemar Távora

Responsable Regional

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

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

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

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Telf. SEDE PIURA: 942161607 Telf. SEDE LIMA: 951864589		CASO		N°0150-2022-CTVC/PIU	
PROGRAMA SOCIAL:		CUNA MÁS		1. FECHA DE REGISTRO: 02/12/2022	
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:					
2. APELLIDOS NOMBRES:		VELASCO CHANTA VERDERIZ		3. NÚMERO-DNI: 10560830	
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN		COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – CARMEN DE LA FRONTERA		5. CARGO: PRESIDENTA	
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO				6. FECHA DE OCURRENCIA: 02/12/2022	
7. DEPARTAMENTO:		PIURA		8. PROVINCIA: HUANCABAMBA	
9. DISTRITO:		CARMEN DE LA FRONTERA		10. CCPP/DIRECCIÓN: SAPALACHE	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA		GESTIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA		12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 41620016-CUIDADORA PRINCIPAL	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:		01		14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):					

Durante las acciones de vigilancia/veeduría, se realizó la entrevista a la Sra. Carmen Pantoja Velasco, Cuidadora Principal y madre de la niña usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familia del programa Cuna Más, registrándose el punto crítico descrito a continuación:

- PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista la Cuidadora Principal mencionó que, en octubre del año 2022, no le entregaron el Kit de higiene y protección para su familia.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- A efectos de fortalecer y promover 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, es necesario que el programa garantice la entrega del Kit de higiene y protección a las familias usuarias del programa

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

- Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 267 -2022-PIU-C (04 folios).



Diana Deza Querevalú
Responsable de Campo

1. Copia de Ficha de Vigilancia N.º V- 267 -2022-PIU-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA									
SEDE REGIONAL PIURA									
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)									
Teléfono Regional:	542161607	FICHA DE VIGILANCIA				CÓDIGO N.º 267-2022-PIU-C			
Teléfono Nacional:	951884588	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL							
☒ FICHA se aplica DENTRO DE CAMPANA					☐ FICHA se aplica FUERA DE CAMPANA				
☒ Vigilancia Presencial					☐ Vigilancia NO Presencial				
OBJETIVO: NUTRICAR, QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS									
PROPÓSITOS: El Vedado Vigila al Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana aplicará esta Ficha de Vigilancia a una familia usuaria del Servicio de Acompañamiento a Familias del programa CUNA MÁS									
El Vedado Vigilante se presentará ante el usuario principal (madre, padre o tutor) de la familia, le explicará el objetivo de la vigilancia y le entregará la información									
El Vedado Vigilante deberá marcar con "X" o con Códigos ABARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia									
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: - NS/NR=No sabe, no responde NA=No aplica									
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	02.12.22				2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	14.06	
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y dónde se aplica esta FICHA									
3	DNI del Ciudadano Principal:	41620016				4	NOMBRE y APELLIDOS:	Carmen Pantaya Velasco	
5	DEPARTAMENTO:	Piura				6	PROVINCIA:	Huancabamba	
7	DISTRITO:	Carmen de la Frontera				8	CCPP/Ramo/Dirección:	5-palacho	
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:	Angélica del Sabán Niño Ojo							
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario (a):	Padre							
11	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	Español							
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Vedado PRESENTA al Ciudadano Principal del HOGAR sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)									
12	En su hogar ¿Cuántos niños/as son usuarios del Programa Cuna Más?	3							
Luego, especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:									
SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NIÑO/A 1		NIÑO/A 2		NIÑO/A 3		OBSERVACIONES	
13	Proporciona el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (en apellidos)	Dutana							
14	Proporciona la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	20 M.							
15	Proporciona el sexo de sus niños/as usuarios del Programa	(F) (M)		(F) (M)		(F) (M)			
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESALUD, sinus)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CRED)?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	NS/NR	NA	NS/NR	NA	NS/NR	NA	NS/NR	NA
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponden?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR	SI	NO	NS/NR	SI	NO
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/A USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MÁS									
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	24.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?			
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?	SI	NO	NS/NR	25.1	SI marca SI o NO, diga ¿Por qué?			
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador del programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	26.1	SI marca SI, diga su nombre	Angélica Herman Poma		
27	¿El mes pasado ¿El facilitador realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?	SI	NO	NS/NR	27.1	SI marca NO, diga ¿Por qué?	y pasa a la pregunta 32		
28	El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?	4							
29	El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador ha participado usted en su hogar?	4							
30	¿El facilitador, al venir previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?	SI	NO	NS/NR	30.1	SI marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?			
31	Proporciona usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador	24.11.22							

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDF REGIONAL PHASE

942161517

085498156

RICHARD W. LANGRISH

FAMILIA USUARIA-SAL-PRERENCIA

CODIGO N°

A partir de la pregunta 32 hasta la 35, precise Usted las actividades realizadas por el facilitador, durante la última visita a su hogar.

32. ¿El facilitador le habla en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?		SI	NO	NS/NR																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
33. ¿El facilitador cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS)	33.1	SI	NO	NS/NR	34.1	SI	NO	NS/NR	34.2	SI	NO	NS/NR	34.3	SI	NO	NS/NR	34.4	SI	NO	NS/NR	34.5	SI	NO	NS/NR	34.6	SI	NO	NS/NR	34.7	SI	NO	NS/NR	34.8	SI	NO	NS/NR	34.9	SI	NO	NS/NR	34.10	SI	NO	NS/NR	34.11	SI	NO	NS/NR	34.12	SI	NO	NS/NR	34.13	SI	NO	NS/NR	34.14	SI	NO	NS/NR	34.15	SI	NO	NS/NR	34.16	SI	NO	NS/NR	34.17	SI	NO	NS/NR	34.18	SI	NO	NS/NR	34.19	SI	NO	NS/NR	34.20	SI	NO	NS/NR	34.21	SI	NO	NS/NR	34.22	SI	NO	NS/NR	34.23	SI	NO	NS/NR	34.24	SI	NO	NS/NR	34.25	SI	NO	NS/NR	34.26	SI	NO	NS/NR	34.27	SI	NO	NS/NR	34.28	SI	NO	NS/NR	34.29	SI	NO	NS/NR	34.30	SI	NO	NS/NR	34.31	SI	NO	NS/NR	34.32	SI	NO	NS/NR	34.33	SI	NO	NS/NR	34.34	SI	NO	NS/NR	34.35	SI	NO	NS/NR	34.36	SI	NO	NS/NR	34.37	SI	NO	NS/NR	34.38	SI	NO	NS/NR	34.39	SI	NO	NS/NR	34.40	SI	NO	NS/NR	34.41	SI	NO	NS/NR	34.42	SI	NO	NS/NR	34.43	SI	NO	NS/NR	34.44	SI	NO	NS/NR	34.45	SI	NO	NS/NR	34.46	SI	NO	NS/NR	34.47	SI	NO	NS/NR	34.48	SI	NO	NS/NR	34.49	SI	NO	NS/NR	34.50	SI	NO	NS/NR	34.51	SI	NO	NS/NR	34.52	SI	NO	NS/NR	34.53	SI	NO	NS/NR	34.54	SI	NO	NS/NR	34.55	SI	NO	NS/NR	34.56	SI	NO	NS/NR	34.57	SI	NO	NS/NR	34.58	SI	NO	NS/NR	34.59	SI	NO	NS/NR	34.60	SI	NO	NS/NR	34.61	SI	NO	NS/NR	34.62	SI	NO	NS/NR	34.63	SI	NO	NS/NR	34.64	SI	NO	NS/NR	34.65	SI	NO	NS/NR	34.66	SI	NO	NS/NR	34.67	SI	NO	NS/NR	34.68	SI	NO	NS/NR	34.69	SI	NO	NS/NR	34.70	SI	NO	NS/NR	34.71	SI	NO	NS/NR	34.72	SI	NO	NS/NR	34.73	SI	NO	NS/NR	34.74	SI	NO	NS/NR	34.75	SI	NO	NS/NR	34.76	SI	NO	NS/NR	34.77	SI	NO	NS/NR	34.78	SI	NO	NS/NR	34.79	SI	NO	NS/NR	34.80	SI	NO	NS/NR	34.81	SI	NO	NS/NR	34.82	SI	NO	NS/NR	34.83	SI	NO	NS/NR	34.84	SI	NO	NS/NR	34.85	SI	NO	NS/NR	34.86	SI	NO	NS/NR	34.87	SI	NO	NS/NR	34.88	SI	NO	NS/NR	34.89	SI	NO	NS/NR	34.90	SI	NO	NS/NR	34.91	SI	NO	NS/NR	34.92	SI	NO	NS/NR	34.93	SI	NO	NS/NR	34.94	SI	NO	NS/NR	34.95	SI	NO	NS/NR	34.96	SI	NO	NS/NR	34.97	SI	NO	NS/NR	34.98	SI	NO	NS/NR	34.99	SI	NO	NS/NR	35.00	SI	NO	NS/NR	35.01	SI	NO	NS/NR	35.02	SI	NO	NS/NR	35.03	SI	NO	NS/NR	35.04	SI	NO	NS/NR	35.05	SI	NO	NS/NR	35.06	SI	NO	NS/NR	35.07	SI	NO	NS/NR	35.08	SI	NO	NS/NR	35.09	SI	NO	NS/NR	35.10	SI	NO	NS/NR	35.11	SI	NO	NS/NR	35.12	SI	NO	NS/NR	35.13	SI	NO	NS/NR	35.14	SI	NO	NS/NR	35.15	SI	NO	NS/NR	35.16	SI	NO	NS/NR	35.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PUURA

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

Telefono Regional:	942161697	FICHA DE VIGILANCIA		CODIGO N°
Telefono Nacional:	951864585	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL		

B) SESIONES DE SOCIALIZACIÓN E INTERAPRENDIZAJES PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 12 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

54. El mes pasado ¿El facilitador/a realizó una Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 66

55. El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 66

56. ¿El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas? ☒ Siempre ☐ Casi siempre ☐ A veces ☐ Nunca/NSMR

57. ¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado? ☒ NO NSMR 57.1

58. ¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS) ☒ 1 h 58.1 Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?

59. ¿El facilitador/a motiva a que su niño/a juegue e interactúe con otros niños/as durante la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 59.1

60. ¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 60.1

61. ¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje? ☒ NO NSMR 61.1

62. ¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 62.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó: globos, láminas

63. ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 63.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

64. ¿Está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la Sesión de Socialización? ☒ NO NSMR 64.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

65. ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante la Sesión de Socialización?

C) ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

66. ¿Usted conoce los contenidos que brinda la Plataforma "Cuna Más Digital" (videos sobre crianza, alimentación, consejos de crianza)? ☒ NO NSMR 66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

67. ¿Usted ha visto algún material audiovisual sobre crianza, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más? ☒ NO NSMR 67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pase a la pregunta 68

67.2 Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto? ☐ Excelente ☒ Bueno ☐ Aceptable ☐ Regular ☐ Mala ☐ NSMR

67.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?

IV. MEDIDAS DE PROTECCIÓN SANITARIA CONTRA COVID 19 (El Veedor ENTREVISTA / PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)

68. El presente año ¿Le orientaron/informaron sobre cómo prevenir el contagio del COVID 19? ☒ NO NSMR

69. El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia? ☒ SI ☒ NO NSMR Si marca NO, NSMR, pase a la pregunta 70

69.1 Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido

(a) ☐ Imprimón lavado con dispensador (c) ☐ Cuatro mascarillas respiradores KN95 (e) ☐ Otro: _____ NSMR

(b) ☐ Un papel toalla por rollo (d) ☐ Una bolsa que contenga todos los materiales

69.2 ¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron? ☐ Excelente ☒ Bueno ☐ Aceptable ☐ Regular ☐ Mala ☐ NSMR

69.3 ¿Qué recomendaría usted para mejorar este kit de higiene y protección?

70. ¿El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita a su hogar o a la sesión de socialización? ☒ NO NSMR

71. ¿El Facilitador/a usa alguna mascarilla durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? ☒ NO NSMR

72. ¿El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarilla/s durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización? ☒ NO NSMR

73. ¿El Facilitador/a propicia el lavado de manos con alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización? ☒ NO NSMR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL PIURA

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

Teléfono Regional:	942161607	FICHA DE VIGILANCIA	CODIGO N°
Teléfono Nacional:	931864589	FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	

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

74. TRANSPARENCIA			
74.1 ¿Es fácil de encontrar la información que se necesita del Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒ SI	☐ NO	NS/NR
74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒ SI	☐ NO	NS/NR
74.2 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☒ SI	☐ NO	NS/NR
75. NEUTRALIDAD (imparcialidad)			
75.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☐ SI	☒ NO	NS/NR
75.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☐ SI	☒ NO	NS/NR
75.1 ¿Algun miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que asista a alguna reunión o mitin de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	☐ SI	☒ NO	NS/NR

76. OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	
77. RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales	
78. FECHA FINAL de la entrevista:	02.12.22
79. HORA FINAL de la entrevista:	14.45

DATOS DEL INFORMANTE - CUIDADORIA PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		DATOS DEL VEEDOR - MIEMBRO VOLUNTARIO DEL 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:	4162 0016	DNI:	10560830	DNI:	42799237
Nombres y Apellidos:	Carmen Pantoja Velasco	Nombres y Apellidos:	Vandey Velasco Chata	Nombres y Apellidos:	Roberto Plinio Tavar
Cargo:	Madre	Cargo:	Presidenta	Cargo:	Responsable Regional
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	Piura-CTVCPiura@gmail.com
Teléfono:	900154783	Teléfono:	927876830	Teléfono:	942161607