

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
UNIDAD TERRITORIAL JUNIN
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Huancayo, 14 julio del 2023.

OFICIO N° 0154-2023-CTVC/JUNÍN

Señor(a)
ING. SULLA ERIKA BLAS RIVERA
Jefa de la Unidad Territorial – Junín.
Programa Nacional Pensión 65.

Junín.-

Asunto: Se ALERTA Siete (07) CASO(S).

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° 154-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 155-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 156-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 157-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 158-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 159-2023-CTVC/JUN.
- CASO N° 160-2023-CTVC/JUN.

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,



JESSICA ROJAS DOMINGUEZ
RESONSABLE REGIONAL - CTVC

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; precisando la condición de: FUNDADO o INFUNDADO.
- 2) Si el CASO es FUNDADO, es necesario precisar la acción correctiva inmediata implementada que da solución al CASO; o la medida correctiva mediata a implementar y el plazo previsto para la solución del CASO. Se debe adjuntar documentos que demuestran la acción correctiva.
- 3) Si el CASO es INFUNDADO, es necesario precisar las razones en las cuales se sustenta esta decisión, citando normas o documentos que así lo 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 ó 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.

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Teléfono de Junín: (#)942161273

Teléfono Nacional: (#)942160416

CASO**N° 154-2023-CTVC/JUN**

PROGRAMA SOCIAL:	PENSION 65		1. FECHA DE REGISTRO:	21/06/2023
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:				
2. APELLIDOS NOMBRES:	VALENTIN ZEVALLOS LUCY SUELA		3. NÚMERO-DNI:	20904823
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-JUNIN		5. CARGO:	SECRETARIA
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO			6. FECHA DE OCURRENCIA:	21/06/2023
7. DEPARTAMENTO:	JUNÍN	8. PROVINCIA:	JUNIN	
9. DISTRITO:	CARHUAMAYO	10. CCPP/DIRECCIÓN:	PLAZA PRINCIPAL	
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	SERVICIO DE PAGADURIA	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?	20889949-USUARIO	
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	1	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01 Punto Crítico	
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):				

El 21/06/2023 durante las acciones de veeduría/vigilancia realizada por la Sra. Lucy Valentín Zevallos, secretaria del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del distrito de Junín, durante el operativo de pago a los usuarios/as del Programa Pensión 65, en la agencia del Banco de la Nación del distrito de Carhuamayo, se aplicó la Ficha de Vigilancia N° 186-2023 y se registró el siguiente punto crítico:

- 1. USUARIO ABONADO NO COMPRENDE EL CONTENIDO DEL VOUCHER O BOLETA.** El Sr. Hipólito Timoteo Cabello poma con DNI, 20889949, Adulto mayor de 74 años de edad, quien acudió a la agencia del Banco de la Nación del distrito de Carhuamayo, para realizar su cobro de la pensión correspondiente al operativo de pago, periodo mayo-junio 2023 se le entrevisto preguntándole si comprendía el contenido del vóucher o boleta que le entregaron en el Banco, al respecto respondió que **NO**. Cabe resaltar: que la usuaria también desconoce sobre que es una cuenta de ahorro.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

Se recomienda al Programa Pensión 65, que en el marco de los lineamientos que norman el proceso (Pagaduría), realice las acciones pertinentes para resolver el caso con la celeridad que lo amerita, toda vez que se estaría vulnerando el derecho de los usuarios, que no están siendo atendidos de manera oportuna y adecuada.

- Que el programa garantice el cumplimiento de la **RDE D000012-223-2020-PENSION65-DE. 7. Disposiciones Específicas. 7.2 Intervenciones Complementarias del eje de envejecimiento productivo. 7.2.1 Intervenciones Directas.** a) Visitas domiciliaria con Educación Financiera. Sesiones de educación financiera para brindar conocimientos que les permita realizar prácticas financieras (cuenta de ahorro y cliente de Banco de la Nación, priorización de gastos y derechos para decidir sobre el gasto). b) Talleres de educación Financiera. Con fines de reforzar los mensajes en educación financiera a los usuarios y usuarias en los temas de: Tenencia de una cuenta de ahorro; Confianza en el sistema financiero; Priorización de gastos.
- En el marco de la Política Nacional de Inclusión Financiera (PNIF), aprobada mediante el **Decreto Supremo N° 255-2019-EF**. El Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (Midis) fortalece los procesos de inclusión financiera en el país, especialmente en la población más vulnerable que habita en zonas rurales y remotas, a través del fomento de la educación financiera, bancarización, entre otros servicios dirigidos a los usuarios de los programas sociales que tiene a su cargo.

1. Copia de Ficha de Vigilancia – Encuesta de percepción N°186-2023-JUN-P (4 folio).



JESSICA ROJAS DOMINGUEZ
RESPONSABLE REGIONAL - CTVC

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNIN
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

Teléfono Regional:	945075677	FICHA DE VIGILANCIA	
Teléfono Nacional:	984 056 206	ENCUESTA DE PERCEPCIÓN	CODIGO N°V-126-2023-JUN-P

OBJETIVO: VERIFICAR LA CALIDAD DEL SERVICIO DE ENTREGA DE SUBVENCIONES EN LOS PUNTOS DE PAGO, A PARTIR DE LAS PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS.
INDICACIONES: El veedor/vigilante aplicará esta ENCUESTA a USUARIOS O TERCEROS AUTORIZADOS del programa Pensión 65 que hayan asistido al último OPERATIVO DE PAGO.
 El veedor/vigilante llenará esta ficha de acuerdo a las respuestas del entrevistado marcando con X o resaltará de amarillo la opción que corresponda.

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NS/NR=No Sabe No Responde

	<input checked="" type="checkbox"/> FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA	<input type="checkbox"/> FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA	
	<input checked="" type="checkbox"/> Entrevista Presencial	<input type="checkbox"/> Entrevista NO Presencial	

1 FECHA INICIAL de la Entrevista:	21 / 06 / 2022	2 HORA INICIAL de la Entrevista:	11:00
-----------------------------------	----------------	----------------------------------	-------

I. DATOS GENERALES: DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO(A):			
3 N° de DNI:	20889949	4 APELLIDOS Y NOMBRES:	Nicolito Timoteo C. Bell - Poma
5 DEPARTAMENTO:	JUNIN	6 PROVINCIA:	Junin
7 DISTRITO:	Cashuamayo	8 CCPP/ANEXO/Dirección:	Jr. Juli C. Tello P. 512
9 EDAD (en años):	74	10 SEXO:	<input type="checkbox"/> (a) Femenino <input checked="" type="checkbox"/> (b) Masculino
11 Tiene una discapacidad:	<input type="checkbox"/> (a) SI <input checked="" type="checkbox"/> (b) NO		
13 Su idioma predominante:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Español <input type="checkbox"/> (b) Quechua <input type="checkbox"/> (c) Aymara <input type="checkbox"/> (d) Ashaninka <input type="checkbox"/> (e) Awajún <input type="checkbox"/> (f) Otro, describa:		
14 Quién responde la entrevista?	<input checked="" type="checkbox"/> (a) El usuario <input type="checkbox"/> (b) Tercero autorizado por el Programa		

II. DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN DEL PUNTO DE PAGO, MODALIDAD Y PERIODO DE PAGO DONDE COBRA EL USUARIO(A)			
15 CÓDIGO Punto de Pago:	0502	16 NOMBRE DE PUNTO DE PAGO:	Agencia 3 - Cashuamayo
17 DEPARTAMENTO:	Junin	18 PROVINCIA:	Junin
19 DISTRITO:	Cashuamayo	20 CCPP/DIRECCIÓN:	Plaza Principal
21 MODALIDAD de Pago:	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Agencia/Banco <input type="checkbox"/> (b) ETV <input type="checkbox"/> (c) PIAS		
22 PERIODO de PAGO que se vigila:	<input type="checkbox"/> (a) Ene-Feb <input type="checkbox"/> (b) Mar-Abr <input checked="" type="checkbox"/> (c) May-Jun <input type="checkbox"/> (d) Jul-Ago <input type="checkbox"/> (e) Set-Oct <input type="checkbox"/> (f) Nov-Dic		

III. SOBRE EL DESARROLLO DEL SERVICIO DE ENTREGA DE LA SUBVENCIÓN (OPERATIVO DE PAGO):			
23 ¿El usuario cuenta con una persona autorizada por el programa para que cobre la pensión?	SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
23.1 Si la respuesta es "NO", diga por qué:	<input type="checkbox"/> (a) Desconoce el procedimiento para solicitar la autorización	<input type="checkbox"/> (b) Ya solicitó y no le responden	<input type="checkbox"/> (c) Aún NO solicitó
	<input checked="" type="checkbox"/> (d) No necesita tercera persona	<input type="checkbox"/> (e) Otro: Especificar: _____	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNIN
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

24	¿Sabe usted a qué periodo o meses corresponde la pensión que cobró en este último operativo de pago?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
24.1	Si la respuesta es "SI", diga el periodo:		(a) Ene-Feb	(b) Mar-Abr	<input checked="" type="checkbox"/> (c) May-Jun	(d) Jul-Ago	(e) Set-Oct	(f) Nov-Dic	
25	¿Quién le avisó a usted sobre la fecha y el lugar de este último operativo de pago?								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Municipalidad	<input type="checkbox"/> (b) Radio/TV	<input type="checkbox"/> (c) Usuario/vecino	<input type="checkbox"/> (d) Personal P65/Promotor	<input type="checkbox"/> (e) Subprefecto/Tnte Gobernador	<input type="checkbox"/> (f) Miembro del CLTV			
	<input type="checkbox"/> (g) Redes sociales/Aplicativos	<input type="checkbox"/> (h) Otro (especifique):							
26	¿Cuánto tiempo demora usted en llegar desde su casa al punto de pago (Banco/Transportadora/PIAS)?								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Menos de 30 minutos	<input type="checkbox"/> (b) De 30 minutos a 1 hora	<input type="checkbox"/> (c) De 1 a 2 horas	<input type="checkbox"/> (d) De 2 a 4 horas	<input type="checkbox"/> (e) De 4 horas a más				
27	¿Qué medio utiliza usted para trasladarse al punto de pago? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) A pie	<input type="checkbox"/> (b) Acémila	<input type="checkbox"/> (c) Bicicleta/Triciclo	<input type="checkbox"/> (d) Canoa, chalupa, pequepeque	<input type="checkbox"/> (e) Combi, autobus	<input type="checkbox"/> (f) Taxi/Mototaxi	<input type="checkbox"/> (g) Auto particular		
	<input type="checkbox"/> (h) Otro (especifique):								
28	¿Cuánto gasta usted para llegar desde su casa al punto de pago? (Ida y Vuelta) <i>(Puede considerar los gastos de la persona que lo acompaña si el usuario no puede moverse solo)</i>								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Menos de 10 soles	<input type="checkbox"/> (b) De 10 a 20 soles	<input type="checkbox"/> (c) De 21 a 40 soles	<input type="checkbox"/> (d) De 41 soles a más					
29	¿Para usted es fácil llegar desde su casa hasta el punto de pago? <i>(Puede marcar más de una opción)</i>						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
29.1	Si la respuesta es "NO", diga por qué:		<input type="checkbox"/> (a) Enfermedad y/o discapacidad	<input type="checkbox"/> (b) No hay quien le acompañe	<input type="checkbox"/> (c) Inaccesibilidad y lejanía				
			<input type="checkbox"/> (d) Alto costo de desplazamiento	<input type="checkbox"/> (e) Pocos medios de transporte	<input type="checkbox"/> (f) Otros:				
30	Desde que usted llega al punto de pago, ¿cuánto tiempo hace la cola en el banco, en la ETV o PIAS para cobrar su pensión?								
	<input checked="" type="checkbox"/> (a) Menos de 10 minutos	<input type="checkbox"/> (b) Entre 11 a 30 minutos	<input type="checkbox"/> (c) Entre 31 minutos a 1 hora	<input type="checkbox"/> (d) Más de 1 hora					
31	¿Usted está de acuerdo con el tiempo que espera en la cola para cobrar la pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
31.1	Si la respuesta es "NO", diga ¿por qué?								
32	¿Usted observó si fuera del Banco/ETV había un lugar de espera acondicionado con sillas/toldos/carpas para todos los usuarios que hacen cola?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
33	¿Usted observó que en el punto de pago había serenos, policías o militares que brindaban seguridad y apoyo?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
34	¿Usted observó que en el Punto de Pago había ATENCIÓN PREFERENCIAL para usuarios en silla de ruedas o enfermos?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
35	¿La persona que le pagó la pensión a usted le habló en su idioma predominante?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
36	¿A usted le entregaron completo el monto de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
37	¿A usted le entregaron el voucher o boleta de pago de su pensión?						<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR
38	¿Usted comprende el contenido del voucher o boleta que le entregaron en el Banco/ETV?						<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> NS/NR

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNIN
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

39	¿Usted sabe qué es una cuenta de ahorros?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
40	¿Usted sabe por qué motivos puedes ser SUSPENDIDO y dejar de recibir la pensión del Programa?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	40.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos:				
41	¿Usted sabe por qué motivos puedes ser DESAFILIADO del programa?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	41.1 Si la respuesta es "SI". Diga los posibles motivos:				
42	¿El promotor/a estuvo presente durante el operativo de pago en el Banco/ETV?		<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	NS/NR
43	¿Usted ha tenido alguna dificultad para realizar el cobro de la pensión en este último operativo de pago?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	43.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué dificultades ha tenido.				
44	¿Cómo califica usted la atención recibida por el personal del Banco/ETV?				
	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy buena	NS/NR			
45	¿Usted sufrió algún maltrato por parte del PROMOTOR o PAGADOR en el último operativo de pago?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	45.1 Si la respuesta es "SI". Detalle lo ocurrido.				
IV. SOBRE LAS INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS Y BIENESTAR DEL USUARIO					
46	¿Usted ha participado en alguna de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS que desarrolló el programa en este último periodo de pago?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	Si la respuesta es "NO"; pase a la pregunta 48				
	46.1 Si la respuesta es "SI". Diga en cuál de las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS participó. <i>(Puede marcar más de una opción):</i>				
	(a) Talleres de Educación Financiera	(b) Talleres de uso de tarjeta de débito	(c) Orientaciones sobre modalidad "cobro por tercero autorizado"		
	(d) Vacunación contra Influenza, COVID 19, Neumococo	(e) Promoción de emprendimientos productivos	(f) Operación gratuita de cataratas		
	(g) Ayudas biomecánicas (Lentes/silla de ruedas/bastón)	(h) Saberes Productivos	(i) Alfabetización	(j) Campañas de salud	
47	¿Cómo califica usted las INTERVENCIONES COMPLEMENTARIAS brindados por Pensión 65?				
	(a) Muy mala (b) Mala (c) Regular (d) Buena (e) Muy buena	NS/NR			
V. SOBRE MEJORAS EN EL BIENESTAR PERSONAL DE LOS USUARIOS					
48	¿Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, se reúne periódicamente con otros usuarios del programa?		<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO	NS/NR
	48.1 Si la respuesta es "SI". Diga qué actividades realizan en dichas reuniones. <i>(Puede marcar más de una opción):</i>				
	(a) Comparten saberes	(b) Preparan y almuerzan juntos	(c) Tocan instrumentos, cantan y bailan	(d) Otro (especifique):	

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL JUNIN
ENCUESTA DE PERCEPCIÓN AL USUARIO O TERCERO AUTORIZADO

49 ¿Quién decide cómo debe gastar usted el dinero que recibes de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

<input checked="" type="checkbox"/> (a) Usted mismo	<input type="checkbox"/> (b) Conyugue/pareja	<input type="checkbox"/> (c) Hijos/Nietos	<input type="checkbox"/> (d) Usted junto a sus familiares	NS/NR
<input type="checkbox"/> (e) Otro (especifique):				

50 ¿En qué utiliza usted el dinero que recibe de Pensión 65? (Puede marcar más de una opción):

<input checked="" type="checkbox"/> (a) Salud/medicina	<input checked="" type="checkbox"/> (b) Alimentación	<input type="checkbox"/> (c) Vestimenta	<input type="checkbox"/> (d) Transporte	<input type="checkbox"/> (e) Ahorro	<input type="checkbox"/> (f) Invierte en algún negocio	<input type="checkbox"/> (g) Mejora su vivienda	
<input type="checkbox"/> (h) Compra activo productivo							
<input type="checkbox"/> (i) Otro (especifique):							NS/NR

51 Desde que usted empezó a ser usuario de Pensión 65, considera que su bienestar económico, emocional y de salud

	SI	NO	NS/NR
<input type="checkbox"/> (a) Ha mejorado	<input type="checkbox"/> (b) Sigue igual		<input type="checkbox"/> (c) Ha empeorado
			NS/NR

VI. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO

52	TRANSPARENCIA	52.1	¿Es accesible (fácil de encontrar y obtener) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	NO	NS/NR
		52.2	¿Es oportuna (momento apropiado, a tiempo) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	NO	NS/NR
		52.3	¿Es comprensible (clara) la información que brinda el Programa sobre el Operativo de Pago?	SI	NO	NS/NR
53	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)	53.1	¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindarle beneficios en el Programa?	SI	NO	NS/NR
		53.2	¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió apoyar/votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa?	SI	NO	NS/NR
		53.3	¿Algún operador del programa Pensión 65 y/o servidor público le pidió asistir a reunión/mitin de algún candidato a cambio de brindarle beneficios en el Programa?	SI	NO	NS/NR

54 OBSERVACIONES DEL USUARIO/INFORMANTE

55 SUGERENCIAS DEL USUARIO/INFORMANTE

56 FECHA FINAL de Entrevista: _____

57 HORA FINAL de Entrevista: _____

La información brindada tiene carácter de DECLARACIÓN JURADA. Los datos del Informante serán tratados con toda CONFIDENCIALIDAD.

DATOS DEL INFORMANTE QUIEN RESPONDE LA ENCUESTA (USUARIO o TERCERO AUTORIZADO PARA COBRAR)	DATOS DEL VEEDOR VOLUNTARIO, MIEMBRO DE COMITE LOCAL, MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO QUIEN APLICA LA ENCUESTA	DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ QUE BRINDA ACOMPAÑAMIENTO AL VIGILANTE, REALIZA CONSISTENCIA Y REGISTRA LA INFORMACIÓN
FIRMA: <i>Sig. Firma</i>	FIRMA: <i>Juglales</i>	FIRMA: <i>[Firma]</i>
DNI: 2088 9449	DNI: 20904823	NOMBRES APELLIDOS: Gilmar Alberto Medrano Echevarria
Apellidos y Nombres: Hipolito Teodoro Caballero	Apellidos y Nombres: Valentin Zucillas Lopez	DNI: 47147547
Parentesco con usuario: -	Cargo:	CARGO: Responsable de Campo
Teléfono: -	Teléfono: 964 634002	CORREO ELECTRÓNICO: gmedranoe.ctvperu@gmail