COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL APURIMAC
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres""Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

Apurímac, 28 de diciembre de 2022

OFICIO Nº 0061-2022-CTVC/APURIMAC

Señor:
Pedro Pascual Gomez Cuellar
(e)Jefe de la Unidad Territorial del Programa Cuna Más

Presente. -

Asunto: Se ALERTA un (12) 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 Ministeriode Desarrollo e Inclusión Social; así como velar por la transparencia y neutralidad enla 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 hagollegar el siguiente CASO[1]:

- CASO N° 0152-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0153-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0154-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0155-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0156-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0157-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0158-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0159-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0160-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0161-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0162-2022-CTVC/APU
- CASO N° 0163-2022-CTVC/APU

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,

……
Guerson Yovani Paliza Pinto
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 implementary 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 procederde 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

Teléfono Apurímac: 942160032 **Teléfono Nacional: 994432338**	**CASO**	**N° 0155-2022-CTVC/APU**

PROGRAMA SOCIAL:	**CUNA MAS**	**1. FECHA DE REGISTRO:**	**19/12/2022**
I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:			
2. APELLIDOS NOMBRES:	CHACON DELGADO YUDY	**3. NÚMERO-DNI:**	45995425
4.ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	**5. CARGO:**	RESPONSABLE DE CAMPO
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO		**6. FECHA DE OCURRENCIA:**	**18/112022**
7. DEPARTAMENTO:	APURÍMAC	**8. PROVINCIA:**	AYMARAES
9. DISTRITO:	LUCRE	**10. CCPP/DIRECCIÓN:**	PAZA DE ARMAS
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA	GESTION DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	**12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA?**	41392865-CUIDADOR PRINCIPAL
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	**14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:**	02 Puntos Críticos
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):			

Durante las acciones de veeduría realizadas por el comité, evidenció el punto crítico descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO ENTREGA COMPLETO KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Victoria Huaraca Tello, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño que tiene 2 años con 3 meses, al respecto respondió que solo le entregaron una pelota y un libro.

2. **FAMILIA USUARIA DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MAS DIGITAL".** Se preguntó también si conocía los servicios que brinda “Cuna Mas Digital”, y respondió que No, que hasta el momento no le hablaron de ello, así mismo indico que no le enviaron ningún video sobre cuentos, alimentación y consejos de crianza, por lo que le gustaría que se implemente este servicio de Cuna Mas Digital

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022- MIDIS/PNCM.** - 4.2. La Prestación del Servicio de Acompañamiento a Familias 4.2.3 Material/recursos a ser utilizados**. b. Material educativo para realizar las Visitas domiciliarias a Familias: Kit de materiales para las**

Familias: Considera un Kit de la niña, niño y de la gestante. Para fortalecer a las familias en el cuidado, juego, comunicación e interacción con sus niñas o niños, el PNCM hace entrega de un kit para la gestante o un kit para niñas y niños de 0 a 18 meses, o de 19 a 36 meses. Su adquisición es de manera anual, la cual debe considerar la meta física de usuarios programada en el año y el porcentaje de rotación… - **6.6.2 donde indica que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales**, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad

- Se solicita se pueda verificar el caso y se nos pueda informar las acciones implementadas destinadas a la solución de los hechos alertados en el presente caso.

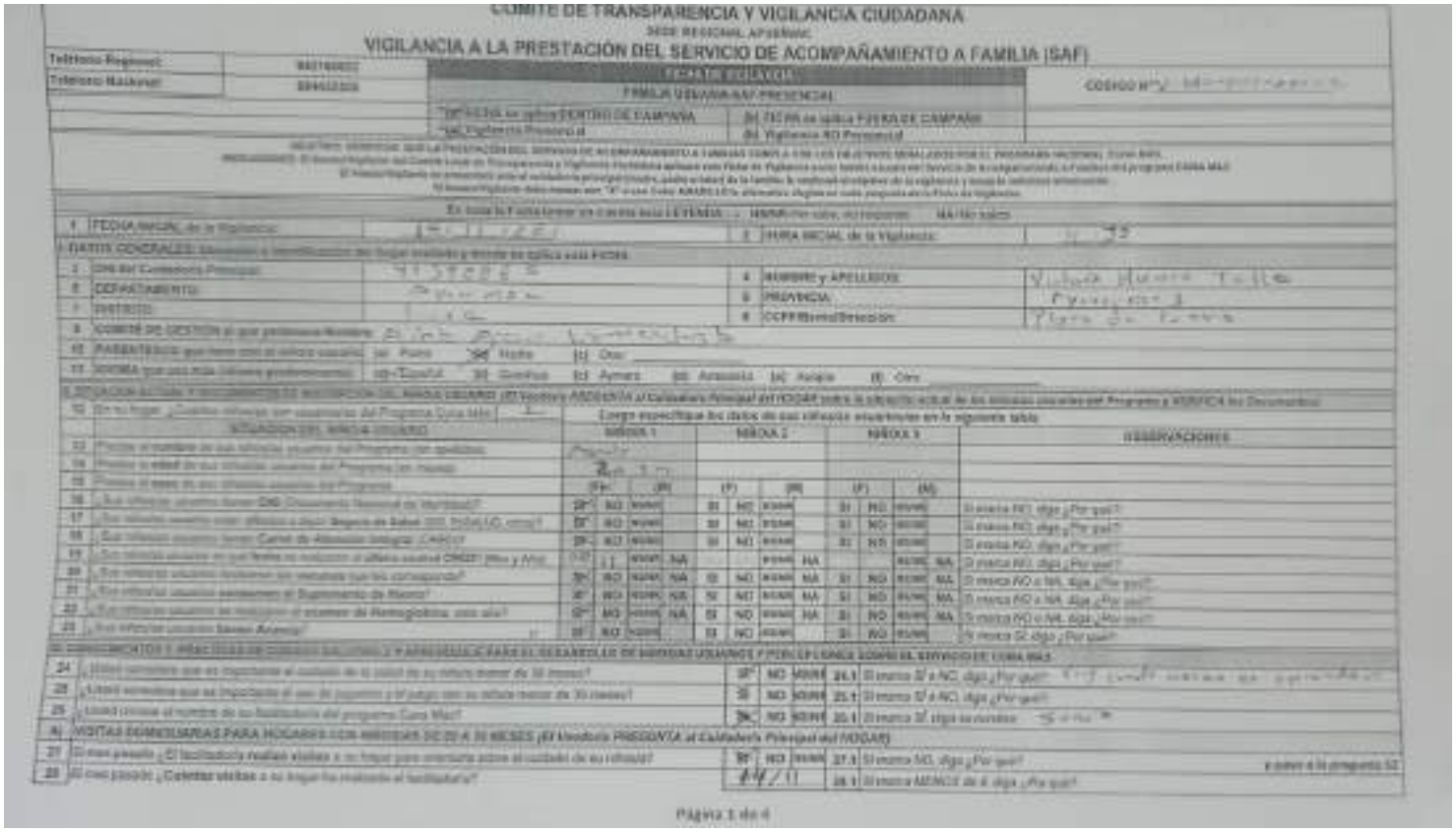
V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 02)

1. Ficha de Vigilancia N°V-180-2022-APU-C (02 folio)

…….

Yudy Chacón Delgado
Responsable de campo.

Anexo 1: Ficha de Vigilancia N°V-180-2022-APU-C (01 folio)



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURÍMAC

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

Teléfono Regional: 942180032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°: [illegible]

(a) FICHA de aplica DENTRO DE CAMPAÑA (b) FICHA de aplica FUERA DE CAMPAÑA

(c) Vigilancia Presencial (d) Vigilancia NO Presencial

[illegible]

En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: NS/NR: No sabe, no responde. NA: No aplica

1 FECHA INICIAL de la Vigilancia: [illegible] 2 HORA INICIAL de la Vigilancia: [illegible]

I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta Ficha

3 DNI del Cuidadora Principal: [illegible] 4 NOMBRE y APELLIDOS: [illegible]

5 DEPARTAMENTO: [illegible] 6 PROVINCIA: [illegible]

7 DISTRITO: [illegible] 8 CCPP/Barrio/Dirección: [illegible]

9 COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre: [illegible]

10 PARENTESCO: [illegible] (a) Padre (b) Madre (c) Otro

11 IDIOMA que usa más (idioma predominante): (a) Español (b) Quechua (c) Aymara (d) Amazonía (e) Asiático (f) Otro

II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Vocero ARGENTA al Cuidadora 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? 1

Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios en la siguiente tabla

SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO	NIÑO/A 1				NIÑO/A 2				NIÑO/A 3				OBSERVACIONES
	(F)		(M)		(F)		(M)		(F)		(M)		
13 Precisa el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (en apellidos)	[illegible]												
14 Precisa la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)	[illegible]												
15 Precisa el sexo de sus niños/as usuarios del Programa													
16 ¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?
17 ¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESSALUD, otros)?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?
18 ¿Sus niños/as usuarios tienen Carnet de Atención Integral (CARNI)?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca NO, diga ¿Por qué?
19 ¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)	[illegible]		NS/NR	NA			NS/NR	NA			NS/NR	NA	Si marca NO, diga ¿Por qué?
20 ¿Sus niños/as usuarios realizaron los vacunas que les corresponde?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
21 ¿Sus niños/as usuarios recibieron el Suplemento de Hierro?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
22 ¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, cada año?	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	SI	NO	NS/NR	NA	Si marca NO o NA, diga ¿Por qué?
23 ¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?	SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		SI	NO	NS/NR		Si marca SI, diga ¿Por qué?

III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO SALUDABLE Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS 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? [illegible]

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?

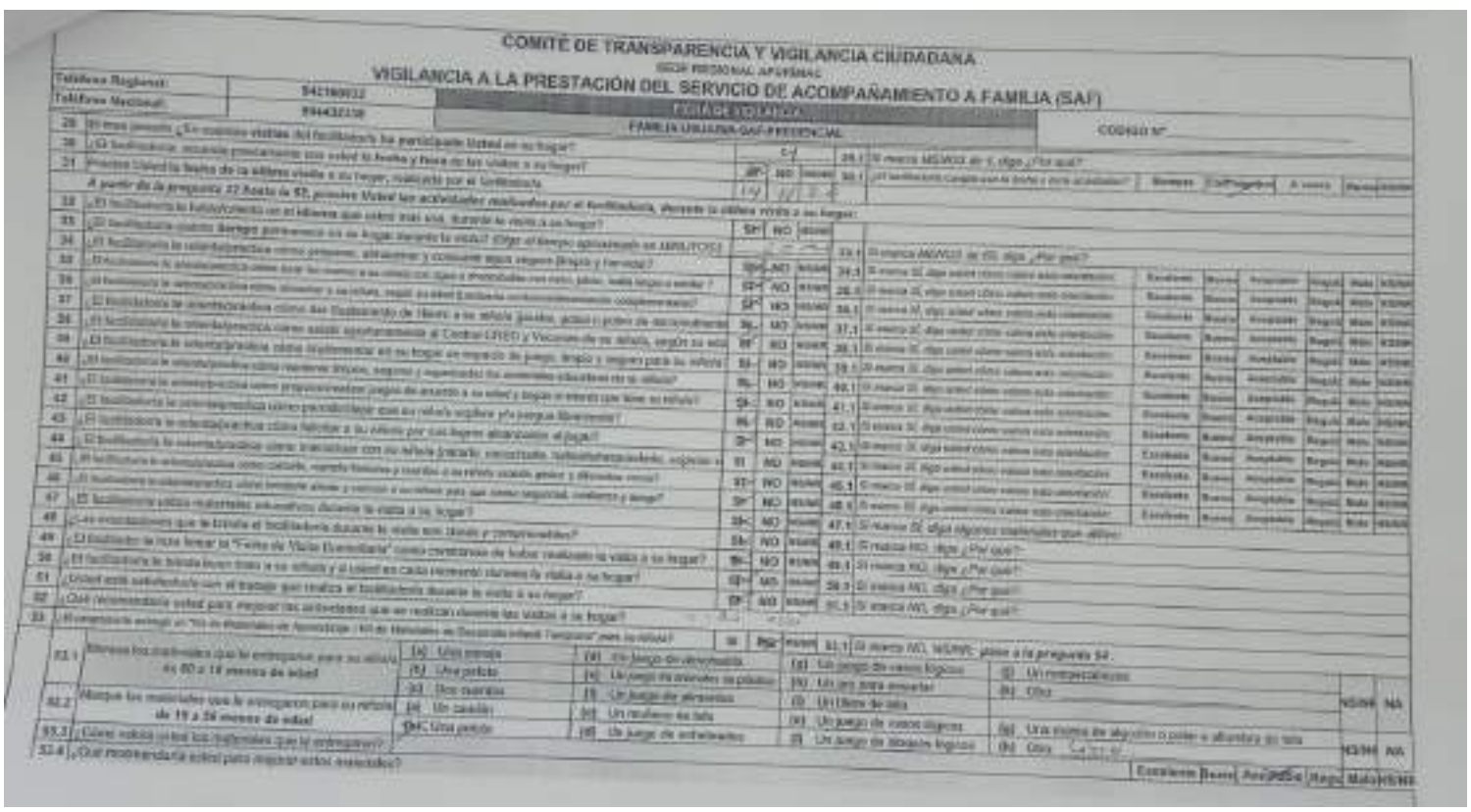
26 ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más? SI NO NS/NR 26.1 Si marca SI, diga su nombre: [illegible]

A) VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 20 A 36 MESES (El Vocero PREGUNTA al Cuidadora Principal del HOGAR)

27 El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarla sobre el cuidado de su niño/a? SI NO NS/NR 27.1 Si marca NO, diga ¿Por qué? y pasar a la pregunta 52

28 El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador/a? [illegible] 28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

Página 1 de 4



COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURÍMAC

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

Teléfono Regional: 942180032

Teléfono Nacional: 994432338

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO N°:

28 El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador/a ha participado usted en su hogar? [illegible] 28.1 Si marca MENOS de 4, diga ¿Por qué?

30 ¿El facilitador/a realizó prontamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar? SI NO NS/NR 30.1 ¿El facilitador/a cumplió con la fecha y hora acordadas? Siempre | Casi Siempre | A veces | Nunca | NS/NR

31 Precisa usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador/a [illegible]

A partir de la pregunta 32 hasta la 52, precisa usted las actividades realizadas por el facilitador/a, durante la última visita a su hogar:

32 ¿El facilitador/a le felicitó/alentó en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar? SI NO NS/NR

33 ¿El facilitador/a cuando tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS) [illegible] 33.1 Si marca MENOS de 60, diga ¿Por qué?

34 ¿El facilitador/a le orientó/practica como preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)? SI NO NS/NR 34.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

35 ¿El facilitador/a le orientó/practica como lavar las manos a su niño con tipo o alternativas con rato, jabón, nada tengo a mano? SI NO NS/NR 35.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

36 ¿El facilitador/a le orientó/practica como almacenar a su niño/a, regalo su nivel (cuidado con cuidado, cuidado con cuidado, cuidado con cuidado) y cuidado con cuidado? SI NO NS/NR 36.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

37 ¿El facilitador/a le orientó/practica como dar Suplemento de Hierro a su niño/a jóvenes, jóvenes y jóvenes de acompañamiento? SI NO NS/NR 37.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

38 ¿El facilitador/a le orientó/practica como asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad? SI NO NS/NR 38.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

39 ¿El facilitador/a le orientó/practica como implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a? SI NO NS/NR 39.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

40 ¿El facilitador/a le orientó/practica como mantener limpio, seguro y organizado los materiales educativos de su niño/a? SI NO NS/NR 40.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

41 ¿El facilitador/a le orientó/practica como preparar/realizar juegos de acuerdo a su edad y hogar o interés que tiene su niño/a? SI NO NS/NR 41.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

42 ¿El facilitador/a le orientó/practica como permitir/dejar que su niño/a explore y/o juegue libremente? SI NO NS/NR 42.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

43 ¿El facilitador/a le orientó/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar? SI NO NS/NR 43.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

44 ¿El facilitador/a le orientó/practica como interactuar con su niño/a (pasado, conversando, [illegible]) SI NO NS/NR 44.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

45 ¿El facilitador/a le orientó/practica como cantarle, cuando tomara y cuando a su niño/a usando gestos y diferentes voces? SI NO NS/NR 45.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

46 ¿El facilitador/a le orientó/practica como tomarle ahora y cuando a su niño/a para que tome seguridad, confianza y juego? SI NO NS/NR 46.1 Si marca SI, diga usted cómo valora esta orientación: Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

47 ¿El facilitador/a le orientó/practica como felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar? SI NO NS/NR 47.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizo:

48 ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador/a durante la visita son claras y comprensibles? SI NO NS/NR 48.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

49 ¿El facilitador/a le hizo llenar la "Ficha de Visita Domiciliaria" como constancia de haber realizado la visita a su hogar? SI NO NS/NR 49.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

50 ¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y si usted en cada momento durante la visita a su hogar? SI NO NS/NR 50.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

51 ¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador/a durante la visita a su hogar? SI NO NS/NR 51.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?

52 ¿Qué recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? [illegible]

53 ¿El comentario entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje - Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temporal" para su niño/a? SI NO NS/NR 53.1 Si marca NO, NS/NR: pase a la pregunta 54.

53.1 Mírense los materiales que le entregaron para su niño/a de 60 a 18 meses de edad: (a) Una pelota (b) Una pelota (c) Dos cuentos (d) Un cuadro (e) Una pelota (f) Un juego de alimentos (g) Un juego de vasos lógicos (h) Un juego para encajar (i) Un libro de tela (j) Un juego de vasos lógicos (k) Un juego de bloques lógicos (l) Un rompecabezas (m) Otro NS/NR NA

53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad: (a) Una pelota (b) Una pelota (c) Un juego de alimentos (d) Un juego de alimentos (e) Un rompecabezas (f) Un juego de bloques lógicos (g) Una misma de algodón o poder o alfombra de tela (h) Otro NS/NR NA

53.3 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron? Excelente | Buena | Aceptable | Regular | Malo | NS/NR

53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales?

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURÍMAC

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

Teléfono Regional:	942169032	FICHA DE VIGILANCIA
Teléfono Nacional:	994432316	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CÓDIGO N°

53	[illegible]				
54	[illegible]				
55	[illegible]	SI	NO	55.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
56	[illegible]	SI	NO	56.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
57	[illegible]	SI	NO	56.1	[illegible]
58	[illegible]	SI	NO	57.1	
59	[illegible]			58.1	Si marca MENOS de 60 MINUTOS, diga ¿Por qué?
60	[illegible]	SI	NO	59.1	
61	[illegible]	SI	NO	60.1	
62	[illegible]	SI	NO	61.1	
63	[illegible]	SI	NO	62.1	Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó
64	[illegible]	SI	NO	63.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
65	[illegible]	SI	NO	64.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
C)	ACCESO A LA PLATAFORMA "CUNA MÁS DIGITAL" (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/a Principal del HOGAR)				
66	[illegible]	SI	NO	66.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
67	[illegible]	SI	NO	67.1	Si marca NO, diga ¿Por qué?
	67.2 [illegible]				
	67.3 [illegible]				
D)	[illegible]				
68	[illegible]	SI	NO		
69	[illegible]	SI	NO		
	69.1 [illegible]				
	69.2 [illegible]				
	69.3 [illegible]				
70	[illegible]	SI	NO		
71	[illegible]	SI	NO		
72	[illegible]	SI	NO		
73	[illegible]	SI	NO		

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

SEDE REGIONAL APURÍMAC

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

Teléfono Regional:	942169032	FICHA DE VIGILANCIA
Teléfono Nacional:	994432316	FAMILIA USUARIA SAF-PRESENCIAL

CÓDIGO N°

V. TRANSPARENCIA Y NEUTRALIDAD EN LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO (El Veedor/a PREGUNTA al Ciudadano/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	
	74.2 ¿Es oportuna la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	
	74.3 ¿Es comprensible la información que brinda el Programa sobre el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	
75	NEUTRALIDAD (Imparcialidad)			
	75.1 ¿Algún 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	
	75.1 ¿Algún miembro del Comité de Gestión y/o facilitador/a y/o servidor público le pidió que apoye a votar a favor de algún candidato a cambio de brindarle el Servicio de Acompañamiento a Familias?	SI	NO	
	75.1 ¿Algún 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	
76	OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales			
77	RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales			
78	FECHA FINAL de la entrevista:	11/11 /22		
79	HORA FINAL de la entrevista:	12:42		

DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO/A PRINCIPAL 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:	41392963	DNI:		DNI:	74343437
Nombres y Apellidos:	Victoria Huaman [illegible]	Nombres y Apellidos:		Nombres y Apellidos:	Kely Chipana [illegible]
Cargo:	Madre	Cargo:		Cargo:	[illegible]
Correo electrónico:		Correo electrónico:		Correo electrónico:	[illegible]
Teléfono:	9449162315	Teléfono:		Teléfono:	[illegible]