

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para mujeres y hombres”
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Morales, 29 de diciembre de 2022

OFICIO N°0082-2022-CTVC/SAN MARTÍN

Señor:

Fredy Manrique Rojas

Coordinador Territorial- San Martín

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 (en adelante, el Comité). Al mismo tiempo manifestarle que el Comité tiene como función principal 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°0162-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0163-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0164-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0165-2022-CTVC/SAN
- CASO N°0166-2022-CTVC/SAN

Finalmente, me permito sugerirle que se realice la verificación de estos casos y, concluidos sus procedimientos, le solicito sirva comunicar el resultado del mismo.

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

Atentamente,


.....
Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional



¹ Un CASO RESUELTO es aquel que el programa social ha comunicado al Comité -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 demuestren.
- 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 o 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

Telf. SAN MARTÍN:
942158973 - 920033057
Telf. LIMA: 945095602

CASO

N° 0162-2022-CTVC/SAN

PROGRAMA SOCIAL:	CUNA MAS	1. Fecha de REGISTRO:	23/11/2022
I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE:			
2. Apellidos Nombres:	TIWI PAATI PAULA	3. Número-DNI:	01053487
4. Organización/Institución	COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA – AWAJUN	5. Cargo:	FISCAL
II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO:		6. Fecha de OCURRENCIA:	23/11/2022
7. Departamento:	SAN MARTÍN	8. Provincia:	RIOJA
9. Distrito:	AWAJUN	10. CCPP/Dirección:	JR. ASTOLFO PAREDES 388
11. Proceso objeto de vigilancia/ veeduría:	SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS	12. ¿Dónde se aplicó la ficha de veeduría/atención?	73087949-CUIDADOR PRINCIPAL
13. Cantidad de Afectados:	1	14. Cantidad de Puntos Críticos:	2
III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS y PRECISIONES):			

En el marco de las acciones de vigilancia a la prestación de servicios del Programa Cuna Más, el día 23/11/2022 se realizó una entrevista mediante Ficha de Vigilancia V-289-2022-SAN-C, a la Sra. Kenia Stphanie Peas Petsayit, identificada con DNI N°73087949, madre de un usuario del programa y perteneciente al Comité de Gestión “Bikut” del distrito de Awajún; se registró los siguientes puntos críticos:

- 1. PROGRAMA NO ENTREGA COMPLETO KIT DE MATERIALES DE APRENDIZAJE PARA LA FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista se preguntó a la Sra. Kenia Peas, si el hogar había recibido algún material educativo para el niño, al respecto respondió que solo le entregaron una sonaja desde la fecha en que se afilió al programa (05/05/2022). El usuario a la fecha tiene 08 meses de edad, y se encuentra dentro del grupo etario de 0 a 18 meses del Servicio de Acompañamiento a Familias.
- 2. PROGRAMA NO ENTREGA KIT DE HIGIENE Y PROTECCIÓN A FAMILIA USUARIA.** Durante la entrevista realizada a la Sra. Kenia Peas se le pregunto si el mes pasado, octubre, había recibido completo el “Kit de higiene y protección”, respondió que solo le entregaron cuatro (4) mascarillas KN95.

IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- Sugerimos al programa Cuna Más, garantice el cumplimiento de la **RDE N° 026-2022-MIDIS/PNCM, referido a:**

La entrega de materiales y recursos que permitan a las familias fortalecer las oportunidades de de crecimiento de sus hijos, como así se contempla en su numeral: **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.

- Las medidas de protección sanitaria en el Servicio De Acompañamiento que señalan la **Dotación de Kit de Higiene y Protección para las familias**. La dotación del kit de higiene y protección se enmarca en la promoción de las prácticas de cuidado saludable que el Programa Nacional Cuna Más promueve. El kit comprende la entrega de materiales para la higiene y protección a familias usuarias del SAF, a efectos de fortalecer 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. Periodicidad mensual.
- Se solicita se pueda verificar el caso alertado y se nos pueda comunicar las acciones adoptadas para su solución/corrección.

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

1. Ficha de Vigilancia: V-289-2022-SAN-C. (04 folios).


.....

Jeanette Flores Ruiz
Responsable Regional

1. Ficha de vigilancia: V-289-2022-SAN-C

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA														
SEDE REGIONAL SAN MARTIN														
VIGILANCIA A LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIA (SAF)														
FICHA DE VIGILANCIA														
FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL														
Teléfono Regional:	942158975-920033057	CODIGO Nº		V-289-2022-SAN-C										
Teléfono Nacional:	9450055802	FICHA se aplica DENTRO DE CAMPAÑA		FICHA se aplica FUERA DE CAMPAÑA										
		☒ Vigilancia Presencial		☐ Vigilancia NO Presencial										
OBJETIVO: VERIFICAR QUE LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS CUMPLA CON LOS OBJETIVOS SEÑALADOS POR EL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS. INDICACIONES: El Veedor/Vigilante del 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 MAS. El Veedor/Vigilante se presentará ante el cuidador/a principal (madre, padre o tutor) de la familia; le explicará el objetivo de la vigilancia y luego le solicitará información. El Veedor/Vigilante debe marcar con "X" o con Color AMARILLO la alternativa elegida en cada pregunta de la Ficha de Vigilancia.														
En toda la Ficha tomar en cuenta esta LEYENDA: → NSNR=No sabe, no responde NA=No aplica														
1	FECHA INICIAL de la Vigilancia:	23/11/2021	2	HORA INICIAL de la Vigilancia:	17:47									
I. DATOS GENERALES: Ubicación e identificación del hogar visitado y donde se aplica esta FICHA														
3	Dirección del Cuidador/a Principal:	KEMIA STEPHANIE PEAS PETSAYIT												
5	DEPARTAMENTO:	SAN MARTIN												
7	DISTRITO:	AYAJAJUN												
9	COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece Nombre:	B I K U T												
10	PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario:	(a) Padre	(b) Madre	(c) Otro:										
11	IDIOMA que usa más (Idioma predominante):	(a) Español	(b) Quechua	(c) Aymara	(d) Asháninka	(e) Awajún	(f) Otro:							
II. SITUACIÓN ACTUAL Y DOCUMENTOS DE INSCRIPCIÓN DEL NIÑO/A USUARIO (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal sobre la situación actual de los niños/as usuarios del Programa y VERIFICA los Documentos)														
12	En su hogar, ¿Cuántos niños/as con usuarios/as del Programa Cuna Más:	1												
Luego especifique los datos de sus niños/as usuarios/as en la siguiente tabla:														
13	SITUACIÓN DEL NIÑO/A USUARIO		NINOA 1		NINOA 2		NINOA 3							
14	Precise el nombre de sus niños/as usuarios del Programa (sin apellidos)		ANDREW											
15	Precise la edad de sus niños/as usuarios del Programa (en meses)		3 meses											
16	¿Sus niños/as usuarios tienen DNI (Documento Nacional de Identidad)?		(F)	(M)	(F)	(M)	(F)	(M)						
17	¿Sus niños/as usuarios están afiliados a algún Seguro de Salud (SIS, ESEALUD, otros)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca NO, diga ¿Por qué?:					
18	¿Sus niños/as usuarios tienen Carné de Atención Integral (CAI)?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca NO, diga ¿Por qué?:					
19	¿Sus niños/as usuarios en qué fecha se realizaron el último control CRED? (Mes y Año)		11/22	NSNR	NA	NSNR	NA	NSNR	SI marca NO, diga ¿Por qué?:					
20	¿Sus niños/as usuarios recibieron las vacunas que les corresponde?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?:					
21	¿Sus niños/as usuarios consumen el Suplemento de Hierro?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?:					
22	¿Sus niños/as usuarios se realizaron el examen de Hemoglobina, este año?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca NO o NA, diga ¿Por qué?:					
23	¿Sus niños/as usuarios tienen Anemia?		SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI marca SI, diga ¿Por qué?:					
III. CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO Y APRENDIZAJE PARA EL DESARROLLO DE NIÑOS/AS USUARIOS Y PERCEPCIONES SOBRE EL SERVICIO DE CUNA MAS														
24	¿Usted considera que es importante el cuidado de la salud de su niño/a menor de 36 meses?													
25	¿Usted considera que es importante el uso de juguetes y el juego con su niño/a menor de 36 meses?													
26	¿Usted conoce el nombre de su facilitador/a del programa Cuna Más?													
A)	VISITAS DOMICILIARIAS PARA HOGARES CON NIÑOS/AS DE 00 A 36 MESES (El Veedor/a PREGUNTA al Cuidador/a Principal del HOGAR)													
27	El mes pasado ¿El facilitador/a realizó visitas a su hogar para orientarle sobre el cuidado de su niño/a?													
	<table border="1"> <tr> <td>NO</td> <td>NSNR</td> <td>27.1</td> <td>SI</td> <td>marca NO, diga ¿Por qué?:</td> </tr> </table>									NO	NSNR	27.1	SI	marca NO, diga ¿Por qué?:
NO	NSNR	27.1	SI	marca NO, diga ¿Por qué?:										

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTIN

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

Teléfono Regional: 942158973-920033057
Teléfono Nacional: 945095602

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

CODIGO Nº V-289-2021-SANC

28. ¿El mes pasado ¿Cuántas visitas a su hogar ha realizado el facilitador?
29. ¿El mes pasado ¿En cuántas visitas del facilitador ha participado Usted en su hogar?
30. ¿El facilitador, acuerda previamente con usted la fecha y hora de las visitas a su hogar?
31. Precise Usted la fecha de la última visita a su hogar, realizada por el facilitador

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

32. ¿El facilitador le habla/orienta en el idioma que usted más usa, durante la visita a su hogar?
33. ¿El facilitador cuánto tiempo permanece en su hogar durante la visita? (Diga el tiempo aproximado en MINUTOS.)
34. ¿El facilitador le orienta/practica cómo preparar, almacenar y consumir agua segura (limpia y hervida)?
35. ¿El facilitador le orienta/practica cómo lavar las manos a su niño/a con agua y jabón, hasta limpia o similar?
36. ¿El facilitador le orienta/practica cómo alimentar a su niño/a, según su edad (Lactancia exclusiva/ alimentación complementaria)?
37. ¿El facilitador le orienta/practica cómo dar Suplemento de Hierro a su niño/a (jarabe, gotas o polvo de micronutrientes)?
38. ¿El facilitador le orienta/practica cómo asistir oportunamente al Control CRED y Vacunas de su niño/a, según su edad?
39. ¿El facilitador le orienta/practica cómo implementar en su hogar un espacio de juego, limpio y seguro para su niño/a?
40. ¿El facilitador le orienta/practica cómo mantener limpios, seguros y organizados los materiales educativos de su niño/a?
41. ¿El facilitador le orienta/practica cómo proporcionar juegos de acuerdo a su edad y según el interés que tiene su niño/a?
42. ¿El facilitador le orienta/practica cómo permitir/otorgar que su niño/a explore y/o juegue libremente?
43. ¿El facilitador le orienta/practica cómo felicitar a su niño/a por sus logros alcanzados al jugar?
44. ¿El facilitador le orienta/practica cómo interactuar con su niño/a (mirarle, escucharle, hablarle/responderle, esperar su turno)?
45. ¿El facilitador le orienta/practica cómo cantar, narrar historias y cuentos a su niño/a usando gestos y diferentes voces?
46. ¿El facilitador le orienta/practica cómo brindar afecto y cercanía a su niño/a para que sienta seguridad, confianza y apoyo?
47. ¿El facilitador utiliza materiales educativos durante la visita a su hogar?
48. ¿Las orientaciones que le brinda el facilitador durante la visita son claras y comprensibles?
49. ¿El facilitador le hizo firmar la "Ficha de Visita Domiciliar" como constancia de haber realizado la visita a su hogar?
50. ¿El facilitador le brinda buen trato a su niño/a y a usted en cada momento durante la visita a su hogar?
51. ¿Usted está satisfecho/a con el trabajo que realiza el facilitador durante la visita a su hogar?

52. ¿Que recomendaría usted para mejorar las actividades que se realizan durante las visitas a su hogar? Que traigan más juegos de estimulación (juguetes, mayor variedad)

53. ¿El programa le entregó un "Kit de Materiales de Aprendizaje / Kit de Materiales de Desarrollo Infantil Temprano" para su niño/a?

53.1 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 00 a 18 meses de edad

53.2 Marque los materiales que le entregaron para su niño/a de 19 a 36 meses de edad

53.3 ¿Cómo valora usted los materiales que le entregaron? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo

53.4 ¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales? Excelente Bueno Aceptable Regular Malo

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTÍN

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

CODIGO N° V-239-2022 -SAV-C

FICHA DE VIGILANCIA

FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL

Teléfono Regional: 942188973-920033057

Teléfono Nacional: 945095602

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?	SI	NO	NS/NR	54.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?	Me he ido de vacaciones y paso a la pregunta 56
55	El mes pasado ¿Usted participó de una Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	55.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?	y paso a la pregunta 56
56	El facilitador/a, acordó previamente con usted la fecha y hora de la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	56.1 ¿El facilitador/a cumple con la fecha y hora acordadas?	Siempre Casi siempre A veces Nunca/NS/NR
57	¿El lugar donde se realiza la Sesión de Socialización es amplio, al aire libre y ventilado?	SI	NO	NS/NR	57.1	
58	¿El facilitador/a cuánto tiempo permanece durante la Sesión de Socialización? (Diga tiempo aproximado en MINUTOS.)	SI	NO	NS/NR	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?	SI	NO	NS/NR	59.1	
60	¿El facilitador/a motiva a que usted interactúe con otros cuidadores/as durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	60.1	
61	¿El facilitador/a usa el idioma predominante durante la Sesión de Socialización e interaprendizaje?	SI	NO	NS/NR	61.1	
62	¿El facilitador/a utiliza materiales educativos durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	62.1 Si marca SI, diga algunos materiales que utilizó:	
63	¿El facilitador/a le brinda buen trato a su niño/a y a usted en todo momento durante la Sesión de Socialización?	SI	NO	NS/NR	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?	SI	NO	NS/NR	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 cuentos, alimentación, consejos de crianza)?	SI	NO	NS/NR	66.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?	
67	Usted ha visto algún material audiovisual sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por el Programa Cuna Más?	SI	NO	NS/NR	67.1 Si marca NO, diga ¿Por qué?	
67.2	Si marca SI ¿Cómo valora usted los materiales audiovisuales que ha visto?				Excelente Bueno Aceptable Regular Malo	Y pase a la pregunta 68:
67.3	¿Qué recomendaría usted para mejorar estos materiales audiovisuales?					Que sean videos tambien en el idioma Awa para poder entenderlos

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?	SI	NO	NS/NR		
69	El mes pasado ¿Le entregaron a usted un "kit de Higiene y Protección" para su familia?	SI	NO	NS/NR	69.1 Si marca NO, NS/NR, pase a la pregunta 70:	
69.1	Por favor marque todos los materiales que usted ha recibido	(a) Un jabón líquido con dispensador	(b) Un papel toalla por rollo	(c) Cuatro mascarillas respiratorias KN95	(d) Una bolsa que contenga todos los materiales	(e) Otro:
69.2	¿Cómo valora usted el kit de higiene y protección que le entregaron?				Excelente Bueno Aceptable Regular Malo	NS/NR
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?					SI NO NS/NR
71	El Facilitador/a le pregunta sobre el estado de salud de su familia y el suyo, antes de realizar una visita domiciliar a su hogar y durante la sesión de socialización?					SI NO NS/NR
72	El Facilitador/a usa correctamente (cubre nariz y boca) la o las mascarillas durante sus visitas domiciliarias a su hogar y durante la sesión de socialización?					SI NO NS/NR
73	El Facilitador/a propicia el lavado de manos/uso de alcohol en gel antes de iniciar una visita domiciliar o previo a una sesión de socialización?					SI NO NS/NR

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA
SEDE REGIONAL SAN MARTIN**

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

Teléfono Regional: 942158978-920033057 Teléfono Nacional: 945055602	FICHA DE VIGILANCIA FAMILIA USUARIA-SAF-PRESENCIAL	CODIGO N° V-2021-2022-SAN-C
V. T. 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
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 ¿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
75.2 ¿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
75.3 ¿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
76. OBSERVACIONES / COMENTARIOS generales	P. 20. ESTABA ENFERMO Y LE CITARON PARA EL DIA QUE SE RECUERDE (LE FALTA VIGILANCIA DE LOS 8 MESES)	
77. RECOMENDACIONES / SUGERENCIAS generales		
78. FECHA FINAL de la entrevista:	23/11/22	HORA FINAL de la entrevista: 18:10
DATOS DEL INFORMANTE - CIUDADANO PRINCIPAL QUE COLABORA CON BRINDAR INFORMACIÓN DURANTE LA APLICACIÓN DE LA FICHA DE VIGILANCIA		
DNI:	73087949	DNI:
Nombres y Apellidos:	Kenia Stephanie Peas Pelsajit	Nombres y Apellidos:
Cargo:		Cargo:
Correo electrónico:	Andreandela2.cor@gmail.com	Correo electrónico:
Teléfono:	9532/2783	Teléfono:
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:	91053487	DNI:
Nombres y Apellidos:	Pavla Telle Panto	Nombres y Apellidos:
Cargo:	FISCAL	Cargo:
Correo electrónico:		Correo electrónico:
Teléfono:	996638752	Teléfono: