

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

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Huancayo, 09 de noviembre de 2021

**OFICIO N° 141-2021-CTVC/JUNIN**

Señor(a)

**Lic. Richard Nelson Ccencho Cencia.**

Jefe de la Unidad Territorial

Programa Nacional Cuna Más.

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA diez (10) **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.

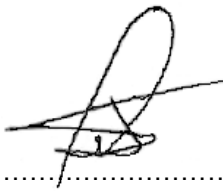
En tal sentido, producto de las acciones de veeduría y vigilancia realizadas por los Comités Locales de Transparencia y Vigilancia Ciudadana, adjunto al presente le hago llegar el (los) siguiente (s) CASO(S)<sup>1</sup>:

- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| • CASO N° 347-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 352-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 348-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 353-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 349-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 354-2021-CTVC/JU   |
| • CASO N° 350-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 355-2021-CTVC/JUN. |
| • CASO N° 351-2021-CTVC/JUN. | CASO N° 356-2021-CTVC/JUN. |

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,

  
.....  
**Jessica Rojas Domínguez**  
Responsable Regional



<sup>1</sup> 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

|                                                                                      |  |                                                               |  |                                                                          |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------------------|--|
| Teléfono de Junín: (#)942161273<br>Teléfono Nacional: (#)942160416                   |  | <b>CASO</b>                                                   |  | N° 351-2021-CTVC/JUN                                                     |  |
| PROGRAMA SOCIAL:                                                                     |  | <b>CUNA MAS</b>                                               |  | 1. FECHA DE REGISTRO: 27/10/2021                                         |  |
| <b>I. DATOS DEL INFORMANTE / SOLICITANTE / VEEDOR:</b>                               |  |                                                               |  |                                                                          |  |
| 2. APELLIDOS NOMBRES:                                                                |  | BALVIN GUTIERREZ METODIO                                      |  | 3. NÚMERO-DNI: 19945314                                                  |  |
| 4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN                                                          |  | COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA-CULLHUAS |  | 5. CARGO: PRESIDENTE                                                     |  |
| <b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b> |  |                                                               |  | 6. FECHA DE OCURRENCIA: 27/10/2021                                       |  |
| 7. DEPARTAMENTO:                                                                     |  | JUNÍN                                                         |  | 8. PROVINCIA: HUANCAYO                                                   |  |
| 9. DISTRITO:                                                                         |  | CULLHUAS                                                      |  | 10. CCPP/DIRECCIÓN: CULLHUAS                                             |  |
| 11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA                                            |  | GESTION DE SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS              |  | 12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA DE VEEDURÍA? 74556483 -CUIDADORA PRINCIPAL |  |
| 13. CANTIDAD DE AFECTADOS:                                                           |  | 1                                                             |  | 14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS: 01 punto crítico                        |  |
| <b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>                      |  |                                                               |  |                                                                          |  |

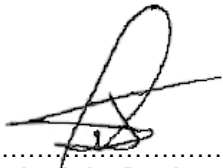
El 27/10/2021 durante las acciones de veeduría/vigilancia, mediante llamada telefónica se entrevistó a la Sra. Belinda Celestino Sebastián, madre del usuario/a del programa y perteneciente al Comité de Gestión "Virgen de la Asunción" del distrito de Cullhuas; se registró el siguiente punto crítico.

1. **HOGAR DESCONOCE SOBRE LOS SERVICIOS QUE BRINDA "CUNA MÁS DIGITAL".**  
Durante la entrevista realizada a la Sra. Belinda Celestino Sebastián, se le pregunto si conocía sobre los servicios que brinda "Cuna Mas Digital"; manifestó desconocer y no haber hecho uso, de los contenidos audiovisuales especializados que tiene el programa para promover de manera significativa y entretenida, los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje en su niña menor de 36 meses de edad.

## IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

- a) Se sugiere al programa que garantice el cumplimiento de la **RDE 264-2021-MIDIS/PNCM "Plan de Comunicaciones 2021"**, Punto 6.6.2 donde dice: "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".
- b) Sugiriéndose al programa mejorar la difusión de sus servicios audiovisuales en su población usuaria, lo que permitirá mejorar el acompañamiento y aprendizaje de estos, y cumplir con la finalidad del servicio de Cuna Más digital. Así mismo, señalar que conforme a lo señalado en la RDE 766-2021- MIDIS/PNCM-Directiva de Prestación de los Servicios del Programa en contextos no Presenciales, sobre las acciones del acompañamiento no presencial: 5.3.2. Actividades del Acompañamiento no Presencial, literal a, se señala que las acciones de información y orientación se realizan con la utilización de medios digitales, para lo cual el uso de la plataforma contribuiría de manera importante.
- c) Que el programa realice las indagaciones respectivas de cada punto crítico y se resuelvan en el debido plazo establecido según la ruta de alerta del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para garantizar un servicio de calidad a los usuarios/as.

1. Copia de la Ficha de Vigilancia N° 448-2021-JUN-C (1 folio).

  
.....  
**Jessica Rojas Domínguez**  
Responsable Regional



| COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA                                                                                                    |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|
| Teléfono Regional: 942161273<br>Teléfono Nacional: 984056206                                                                                      |                                                                                                                                                   |                                                                                             | FICHA DE VIGILANCIA<br>HOGAR USUARIO-SAF-CUNA MÁS |                        |                                                                                                                                                 |            | CODIGO N°V-448-2021-JUN-C |                                                          |       |       |
| SEDE REGIONAL JUNIN<br>PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS EN CONTEXTOS NO PRESENCIALES                                    |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| Usted tiene un niño o niña usuario del programa Cuna Más en la actualidad                                                                         |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            | SI                        | NO                                                       |       |       |
| (si la respuesta es SI continúe con la pregunta 1, si es NO termine la entrevista)                                                                |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 1                                                                                                                                                 | FECHA de la entrevista:                                                                                                                           | 27/10/2021                                                                                  | 2                                                 | HORA de la entrevista: | INICIAL 5:05                                                                                                                                    | FINAL 5:30 |                           |                                                          |       |       |
| I. DATOS GENERALES DEL CUIDADOR PRINCIPAL a quien se le entrevista.                                                                               |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 3                                                                                                                                                 | DNI del Cuidador Principal:                                                                                                                       | 74556483                                                                                    | 4                                                 | NOMBRE y APELLIDOS:    | BELINDA CELESTINO SEBASTIAN                                                                                                                     |            |                           |                                                          |       |       |
| 5                                                                                                                                                 | DEPARTAMENTO:                                                                                                                                     | JUNIN                                                                                       | 6                                                 | PROVINCIA:             | HUANCAYO                                                                                                                                        |            |                           |                                                          |       |       |
| 7                                                                                                                                                 | DISTRITO:                                                                                                                                         | CULLHUAS                                                                                    | 8                                                 | CCPP/Barrio/Dirección: | CULLHUAS                                                                                                                                        |            |                           |                                                          |       |       |
| 9                                                                                                                                                 | PARENTESCO que tiene con el niño/a usuario/a:                                                                                                     | a) Madre ( ) b) Padre ( ) c) Otros ( ) Precise: _____                                       |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 10                                                                                                                                                | COMITÉ DE GESTIÓN al que pertenece-Nombre:                                                                                                        | VIRGEN DE LA ASUNCION                                                                       |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 11                                                                                                                                                | IDIOMA que usa más (idioma predominante):                                                                                                         | a) Español (X ) b) Quechua ( ) c) Aymara ( ) d) Ashaninka ( ) e) Awajún ( ) f) Otros: _____ |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| II. PREGUNTAS SOBRE EL CONOCIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL HOGAR CON RELACIÓN AL SERVICIO DE CUNA MÁS                                                   |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 12                                                                                                                                                | Cuántos de sus hijos/as son usuarios/as del Programa Cuna Más: 1                                                                                  |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 13                                                                                                                                                | Cuántos años tiene su hijo/a usuario/a del Programa Cuna Más: Niño 1: Años: 1 Meses: Niño 2: Años: Meses: Niño 3: Años: Meses:                    |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 14                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con DNI                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 14.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 15                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa, cuentan con Carné de Atención Integral de Salud (CRED)                                     |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 16                                                                                                                                                | Cuándo fue el último mes que llevó a su niño/a usuario del programa a su Control de Crecer Niño 1: 03/10/21 Niño 2: Niño 3: NS/NR                 |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 17                                                                                                                                                | En su hogar, TODOS los niños/as usuarios del programa están afiliados a algún seguro de salud (SIS, ESSALUD, otros)                               |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 17.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 18                                                                                                                                                | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les han realizado una prueba/tamizaje de hemoglobina este año                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 18.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 19                                                                                                                                                | A TODOS sus hijo/a/os/as usuarios/as del Programa les viene dando un suplemento con hierro (gotas, jarabe, tabletas, polvo)                       |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 19.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 20                                                                                                                                                | ¿Usted conoce el nombre de su facilitadora del programa Cuna Más?                                                                                 |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 20.1                                                                                                                                              | Señale su nombre: ALICIA VILCAPOMA CORONACION                                                                                                     |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 21                                                                                                                                                | La semana pasada ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a por mensaje de texto o volantes o alto parlantes?                           |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 21.1                                                                                                                                              | ¿La semana pasada, cuántos días recibió estos mensajes?: 1 VEZ A LA SEMANA                                                                        |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | NS/NR                                                    | NA    |       |
| 22                                                                                                                                                | La semana pasada, ¿recibió orientaciones sobre el cuidado de su niño/a mediante llamada telefónica de parte del actor comunal?                    |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 22.1                                                                                                                                              | La llamada telefónica duró mínimamente entre 15 a 20 minutos                                                                                      |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 22.2                                                                                                                                              | Cómo valora usted estas orientaciones:                                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | Muy Bueno                                                | Bueno | Malo  |
| 23                                                                                                                                                | Por favor, diga usted qué prácticas de cuidado saludable le brinda a su niño/a:                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
|                                                                                                                                                   | a) Lactancia materna b) Le doy hierro c) Lavado de manos d) Le doy agua hervida o clorada e) Le llevo a sus controles CRED/vacunas f) Otros       |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | NS/NR                                                    |       |       |
| 23.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                               |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 24                                                                                                                                                | Por favor, diga usted en qué momentos se lava sus manos y las manos de su niño/a?:                                                                |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
|                                                                                                                                                   | a) Antes de preparar los alimentos b) Antes de comer c) Después de ir al baño d) Después de cambiar el pañal e) Antes de cambiar al bebé f) Otros |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | NS/NR                                                    |       |       |
| 24.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es Otros, mencione:                                                                                                               |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 25                                                                                                                                                | Por favor, diga usted da a su niño/a agua hervida o clorada?                                                                                      |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 26                                                                                                                                                | El mes pasado usted ¿recibió materiales de higiene y protección, como: jabón líquido (1und), papel toalla (2 und), mascarilla KN95 (4 und)?       |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 26.1                                                                                                                                              | Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | Muy Bueno                                                | Bueno | Malo  |
| 27                                                                                                                                                | A la fecha, ¿usted ha recibido del programa materiales educativos (02 cuentos) y juguetes (02 juguetes) para su hijo/a?                           |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 27.1                                                                                                                                              | Cómo valora usted estos materiales entregados?:                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | Muy Bueno                                                | Bueno | Malo  |
| 27.2                                                                                                                                              | ¿Qué recomendaría usted para que estos materiales mejoren?                                                                                        |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 28                                                                                                                                                | Cómo valora usted el trato de la facilitadora durante las consejerías?:                                                                           |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | Muy Bueno                                                | Bueno | Malo  |
| 29                                                                                                                                                | Usted conoce los servicios que brinda "Cuna Más Digital" a los hogares (vídeos sobre: cuentos, alimentación, consejos de crianza)?                |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 30                                                                                                                                                | Alguna vez ha visto algún video sobre cuentos, alimentación, consejos de crianza ofrecidos por Cuna Más?                                          |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 30.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es SI ¿Cómo valora usted los materiales observados?:                                                                              |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | Muy Bueno                                                | Bueno | Malo  |
| 30.2                                                                                                                                              | Si la respuesta es NO, comente cuáles son los motivos:                                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 31                                                                                                                                                | En su hogar, ¿qué prácticas de cuidado realizan para evitar contagio con COVID-19?                                                                |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
|                                                                                                                                                   | a) Lavado de manos ( ) b) Uso de mascarilla ( ) c) Distanciamiento-1.5metros ( ) Ninguna ( ) Otros                                                |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 32                                                                                                                                                | ¿Usted cuántas dosis de la VACUNA contra el COVID-19 recibió?                                                                                     |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | a) Primera dosis ( ) b) Segunda dosis ( ) c) Ninguna ( ) |       |       |
| 32.1                                                                                                                                              | Si la respuesta es Ninguna, diga por qué                                                                                                          |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
|                                                                                                                                                   | POR FALTA DE TIEMPO, TRABAJO Y NO HE PODIDO IR A VACUNARME                                                                                        |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 33                                                                                                                                                | ¿La facilitadora le pidió dinero, regalos o favores a cambio de brindar el Servicio?                                                              |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 34                                                                                                                                                | ¿La facilitadora le pidió que apoye o vote a favor de algún candidato?                                                                            |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 35                                                                                                                                                | ¿La facilitadora le pidió que asista alguna reunión o mitin de algún candidato?                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           | SI                                                       | NO    | NS/NR |
| 36                                                                                                                                                | OBSERVACIONES (o dificultades)                                                                                                                    |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| 32                                                                                                                                                | RECOMENDACIONES                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        |                                                                                                                                                 |            |                           |                                                          |       |       |
| DATOS DEL INFORMANTE O MIEMBRO VOLUNTARIO DEL COMITÉ LOCAL DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        | DATOS DEL MIEMBRO DEL EQUIPO TÉCNICO REGIONAL DEL COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA QUE COLABORA CON EL REGISTRO DE LA INFORMACIÓN |            |                           |                                                          |       |       |
| Nombres y Apellidos:                                                                                                                              |                                                                                                                                                   | METODIO BALBIL GUTIERRES                                                                    |                                                   |                        | Nombres y Apellidos:                                                                                                                            |            | JESSICA ROJAS DOMINGUEZ   |                                                          |       |       |
| DNI:                                                                                                                                              |                                                                                                                                                   | ###                                                                                         |                                                   |                        | DNI:                                                                                                                                            |            | 20072336                  |                                                          |       |       |
| Cargo:                                                                                                                                            |                                                                                                                                                   | PRESIDENTE                                                                                  |                                                   |                        | Cargo:                                                                                                                                          |            | RESPONSABLE REGIONAL      |                                                          |       |       |
| Correo electrónico:                                                                                                                               |                                                                                                                                                   |                                                                                             |                                                   |                        | Correo electrónico:                                                                                                                             |            | jessica.rojas@gmail.com   |                                                          |       |       |
| Teléfono:                                                                                                                                         |                                                                                                                                                   | ###                                                                                         |                                                   |                        | Teléfono:                                                                                                                                       |            | 942161273                 |                                                          |       |       |