

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración  
de las Heroicas Batallas de Junin y Ayacucho"

Concahui, 20 de febrero de 2024.

**OFICIO N° 005-2024-DREP-UGELEC/D-IEP N° 70358-C**

SEÑORA : DIRECTORA DE LA UNIDAD DE GESTIÓN EDUCATIVA LOCAL  
"EL COLLAO"  
Dra. NORKA B. CCORI TORO.

ASUNTO : REMITO, COMITÉ ALIMENTARIA ESCOLAR - 2024 DE LA IEP.  
. N° 70358 – CONCAHUI.

REFERENCIA

Que, es grato dirigirme a Ud. con la finalidad de hacerle extensivo un cordial saludo a nombre de la comunidad educativa para poner en conocimiento, que el comité de responsables de (PNEA QALI WARMA ) de la Institución Educativa Primaria N° 70358 de Concahui, informo actualización del CAE del presente año 2024. Adjunto los anexos.

ROL DEL CAE	NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	CARGO
PRESIDENTA	Prof. IRMA AROCUTIPA PARI	01861672	DIRECTORA (e)
SECRETARIO	Prof. JULIA FLORES ORTEGA	01308070	DOCENTE
VOCAL 1	Sra. LIZMIN MARIBEL CASTILLO ARUHUATA	63034312	MADRE DE FAMILIA
VOCAL 2	Sra. NORMA FLORES NINA	75884981	MADRE DE FAMILIA
VOCAL 3	Sra. ALICIA HUANACUNI JARECCA	47610763	MADRE DE FAMILIA

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mis consideraciones más distinguidas y estima personal.

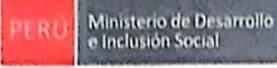
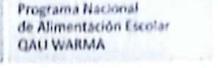
Atentamente,

C.c. Arch.



  
Prof. Irma Arocutipari  
DIRECTORA (e)

ANEXO N°1

				<b>PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-001</b>
Versión N°: 10	<b>ACTA DE CONFORMACIÓN/ACTUALIZACIÓN Y COMPROMISO DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR</b>			Página 1 de 1

En el centro poblado/sector/urbanización CONCAHUI del distrito de LLAVE, provincia EL COLLAO y departamento de PUNO.

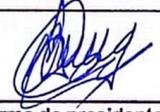
En el marco de la norma técnica para la cogestión del servicio alimentario del Programa Nacional de Alimentación Escolar Qali Warma (PNAEQW) y de acuerdo a los procedimientos generales para la operatividad del modelo de cogestión para la atención del servicio alimentario, siendo las 9:00am del día 23 del mes de octubre del año 2023, la IE/PRONOEI 70358 - CONCAHUI con código modular N° 0306019, del nivel PRIMARIA, en la reunión de madres y padres de familia presidida por el/la director/a o quien haga de sus veces en la IE la/el Sra./Sr. IRMA AROCUTIPA PARI con DNI 01861672, se inicia la presente sesión con los siguientes puntos de agenda:

1. Difusión de la estrategia de cogestión, las etapas de la prestación y vigilancia del servicio alimentario, así como **las responsabilidades, funciones e impedimentos** de las/los integrantes del Comité de Alimentación Escolar (CAE).
2. Elección de las/los integrantes del CAE, y/o delegación de la presidencia de corresponder, de acuerdo con la normativa del PNAEQW.
3. **Compromiso público** de las/los integrantes de cumplir estrictamente las funciones y responsabilidades establecidas por el PNAEQW y la suscripción de la ficha de datos.

Se inicia la sesión dando a conocer el punto N°1 de la agenda, luego de lo cual se procede a la **elección de las/los integrantes del CAE**, los cuales pueden ser voluntarios/os o elegidos/os por voto. Una vez identificado a las/los representantes, se declara conformado el CAE de la siguiente forma:

Rol en el CAE	Nombres y apellidos (completos)	DNI N°	Cargo en la IE <sup>1</sup>
Presidenta/e	IRMA AROCUTIPA PARI	01861672	DIRECTORA (4)
Secretaria/o:	JULIA FLORES ORTEGA	01308070	DOCENTE
La/el vocal:	LIZMIL MIRIBEL CASTILLO ARHUAYA	63034372	MADRE DE FAM.
La/el vocal:	NORMA FLORES NINA	75884981	MADRE DE FAM.
La/el vocal:	ALICIA HUANCUNI JARECA	47670763	MADRE DE FAM.

Con la finalidad de formalizar la conformación/actualización del CAE, se pasa a ejecutar el tercer punto de la agenda. Habiendo sido leída el acta por cada una/uno de las/los integrantes del CAE, suscritos y verificados los datos y firmas en los formatos correspondientes; siendo las 11:30 horas del mismo día, firman el/la director/a de la IE y la/el, presidenta/e de APAFA o representante de las madres y padres de familia, en representación de los presentes y en señal de conformidad.

 Firma y sello de directora, coordinador/a de PRONOEI o quien haga sus veces, de la IE <sup>2</sup> Nombres y apellidos: <u>IRMA AROCUTIPA PARI</u> DNI: <u>01861672</u>	 Firma de presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia <sup>3</sup> Nombres y apellidos: <u>ADRIAN CHURR QUISPE</u> DNI: <u>44605259</u>
--	--

<sup>1</sup> Directora, subdirectora, coordinador/a de PRONOEI, promotor/a educativo, coordinador/a del núcleo educativo (ST), coordinador/a CRFA, coordinador/a SRE, docente, personal administrativo, madre o padre de familia, gestor/a comunitario (ST), personal de cocina, responsable de recepción, según el Cuadro N°2 del presente documento.

<sup>2</sup> El director/a o responsable de la IE o docente coordinador/a del PRONOEI debe consignar su firma y el sello de la IE.

<sup>3</sup> Presidenta/e APAFA o representante de las madres o padres de familia debe consignar su firma y sello (solo si cuenta con sello). Para la actualización del CAE: cuando ÚNICAMENTE se actualiza el cargo de presidenta/e y este recae en el/la director/a o quien haga sus veces, no se requiere la firma del presidente de la APAFA o representante de las madres o padres de familia.

ANEXO N°2

	<b>PERU</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	<b>PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002</b>
Versión N°: 10		<b>FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR</b>			Página 1 de 1

Fecha: 23 / 10 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	<input checked="" type="checkbox"/> Secretaria/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	--	---------------	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>IRMA</u>	<u>AROCUTIPA</u>	<u>PARI</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD <sup>4</sup>	LENGUA MATERNA <sup>5</sup>
<u>29</u> / <u>05</u> / <u>1972</u>	M <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>3</u>
DÍA	MES	AÑO	

<u>0</u> <u>1</u> <u>8</u> <u>6</u> <u>1</u> <u>6</u> <u>7</u> <u>2</u>	N° TELÉFONO DOMICILIO
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	

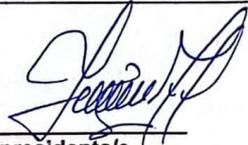
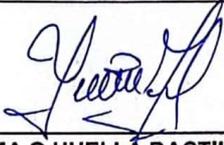
<u>DIRECTORA</u>	<u>9 5 0 4 7 0 8 3 3</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ( )

<u>irmaarocutipa44@gmail.com</u>
CORREO ELECTRÓNICO

<u>JIRON APURIMAC N° 158 - PUNO</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

  <p>Firma y sello<sup>6</sup> de presidenta/e</p> <p>Nombres y apellidos: <u>IRMA AROCUTIPA PARI</u></p> <p>DNI: <u>01861672</u></p>	  <p>FIRMA O HUELLA DACTILAR<sup>7</sup> del integrante</p> <p>Nombres y apellidos: <u>IRMA AROCUTIPA PARI</u></p> <p>DNI: <u>01861672</u></p>
---	---

<sup>4</sup> Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

<sup>5</sup> Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Malsigenka (9), Jaqaru (10), Nomalsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-muinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Malsés (20), Iktu (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama kukamiña (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

<sup>6</sup> En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

<sup>7</sup> ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	<b>PERU</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	<b>PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002</b>
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

Fecha: 23/10/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	Secretaría/o	<input checked="" type="checkbox"/> La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	--------------	---	---------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>JULIA</u>	<u>FLORES</u>	<u>ORTEGA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD <sup>4</sup>	LENGUA MATERNA <sup>5</sup>
<u>01091969</u>	<u>M</u> <input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<u>3</u>
DIA MES AÑO			

<u>01308070</u>	
DNI / CARNET DE EXTRANJERIA	N° TELÉFONO DOMICILIO

<u>DOCENTE</u>	<u>957000978</u>
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL <input checked="" type="checkbox"/> OTRO ( )

<u>lfloresortega5@gmail.com.</u>
CORREO ELECTRÓNICO

<u>URBANIZACION AZIRUNI 1ra ETAPA MZ 15 LOTE 27</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



[Signature]

Firma y sello<sup>6</sup> de presidenta/e

Nombres y apellidos:  
IRMA PROCUTIPA PARI

DNI: 01867672

[Signature]

FIRMA O HUELLA DACTILAR<sup>7</sup> del integrante

Nombres y apellidos:  
JULIA FLORES ORTEGA

DNI: 07308070



<sup>4</sup> Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

<sup>5</sup> Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aymara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanasha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murul-mulinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iktu (21), Shiwaju (22), Madja (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

<sup>6</sup> En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

<sup>7</sup> ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidenta/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	<b>PERU</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002
Versión N°: 10	FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR			Página 1 de 1	

Fecha: 23/10/2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	Secretaría/o	La/el Vocal 1	<input checked="" type="checkbox"/> La/el Vocal 2	La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

LIZMIN MARIBEL	CASTILLO	ARUHUATA
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD <sup>4</sup>	LENGUA MATERNA <sup>5</sup>
19 07 1996 DIA MES AÑO	M <input checked="" type="checkbox"/>	6	3

6 3 0 3 4 3 7 2	N° TELÉFONO DOMICILIO
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	

MADRE DE FAMILIA	9 8 0 4 6 7 8 7 2
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL ( ) OTRO ( )

CORREO ELECTRÓNICO
--------------------

COMUNIDAD CONCAHUI
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.



Firma y sello<sup>6</sup> de presidenta/e  
 Nombres y apellidos:  
 IRMA AROCUTIPA PARI  
 DNI: 01861072

FIRMA O HUELLA DACTILAR<sup>7</sup> del integrante  
 Nombres y apellidos:  
 LIZMIN MARIBEL CASTILLO ARUHUATA  
 DNI: 63034372

<sup>4</sup> Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Motora (5), sin discapacidad (6).

<sup>5</sup> Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:

Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Matsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanetsha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murul-mulinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Matsés (20), Iklit (21), Shiwilu (22), Madja (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

<sup>6</sup> En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

<sup>7</sup> ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

ANEXO N°2

	<b>PERU</b>	Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	Viceministerio de Prestaciones Sociales	Programa Nacional de Alimentación Escolar QALI WARMA	<b>PRT-017-PNAEQW-UOP-FOR-002</b>
Versión N°: 10	<b>FICHA DE DATOS DE LA/DEL INTEGRANTE DEL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR</b>			Página 1 de 1	

Fecha: 23 / 10 / 2023

ROL EN EL COMITÉ DE ALIMENTACIÓN ESCOLAR: (Marcar con un aspa, donde corresponda)

Presidenta/e	Secretaria/o	La/el Vocal 1	La/el Vocal 2	<input checked="" type="checkbox"/>	La/el Vocal 3
--------------	--------------	---------------	---------------	-------------------------------------	---------------

MOTIVO DEL FORMATO

Conformación	Actualización
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DATOS PERSONALES

<u>NORMA</u>	<u>FLORES</u>	<u>NINA</u>
NOMBRES	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO

FECHA DE NACIMIENTO	GÉNERO	DISCAPACIDAD <sup>4</sup>	LENGUA MATERNA <sup>5</sup>
22 / 03 / 1996	M <input checked="" type="checkbox"/>	6	3
DIA MES AÑO			

7 5 8 8 4 9 8 1	
DNI / CARNET DE EXTRANJERÍA	N° TELÉFONO DOMICILIO

<u>MADRE DE FAMILIA</u>	9 2 5 0 8 7 5 2 7
CARGO DENTRO DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA	N° CELULAR PERSONAL ( ) OTRO ( )

CORREO ELECTRÓNICO
--------------------

<u>COMUNIDAD DE CONCAHUI</u>
DIRECCIÓN ACTUAL

De conformidad con lo establecido en la Ley N°29733 - Ley de Protección de Datos Personales y su Reglamento, aprobado por Decreto Supremo N°003-2013-JUS, declaro conocer los alcances de dichas normas y doy mi consentimiento en forma libre, expresa e inequívoca, para el tratamiento de mis datos personales, los que han sido consignados en el presente formulario, los que son exactos y verdaderos.

Declaro bajo juramento, no estar inmerso en algún impedimento para ser integrante de CAE.

 Firma y sello de presidenta/e Nombres y apellidos: <u>IRMA AROCUTIPA PARI</u> DNI: <u>01861672</u>	Firma o huella dactilar del integrante Nombres y apellidos: <u>NORMA FLORES NINA</u> DNI: <u>75884981</u>
--	--

<sup>4</sup> Colocar el número que corresponda: Visual (1), Auditiva o del Lenguaje (2), Intelectual o mental (3), discapacidades múltiples (4), Molora (5), sin discapacidad (6).

<sup>5</sup> Para el llenado del presente formato, se entiende por lengua materna: "La primera lengua que una persona aprende de forma natural a través de la interacción con su entorno". Colocar el número que corresponda:  
 Español (1), Quechua (2), Aimara (3), Harakbut (4), Awajún(5), Ese Eja (6), Yine (7), Kakataibo (8), Malsigenka (9), Jaqaru (10), Nomatsigenka (11), Yanetsha (12), Cashinahua (13), Wampis (14), Secoya (15), Sharanahua (16), Murui-mulinani (17), Kandozi-chapra (18), Kakinte (19), Malsés (20), Ikiu (21), Shiwilu (22), Madija (23), Kukama kukamiria (24), Ashaninka (25), Shawi (26), Shipibo-konibo (27) y otros (28)

<sup>6</sup> En el caso que el presidente del CAE no cuente con sello debe colocar su huella dactilar.

<sup>7</sup> ÚNICAMENTE SE COLOCA HUELLA DACTILAR EN LUGAR DE FIRMA, SI ASÍ FIGURA EN SU DNI. En caso que la/el integrante del CAE sea la/el misma/o presidente/a del CAE, no es obligatorio volver a firmar ni llenar este recuadro. En caso de situación de emergencia u otros eventos de caso fortuito y/o fuerza mayor, ver las excepciones en el presente documento.

