

**COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA  
SEDE REGIONAL LORETO-YURIMAGUAS**

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

Yurimaguas, 09 de junio de 2022

**OFICIO N°0028-2022-CTVC/LORETO-YURIMAGUAS**

Señor (a)

**CHRISTIAN FERNANDEZ RENGIFO**

Jefe de la Unidad Territorial – Loreto-Yurimaguas

Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres – JUNTOS

**Presente. -**

Asunto : Se ALERTA dos (02) CASOS.

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para hacerle llegar un cordial saludo a nombre de los miembros del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana (Comité), al mismo tiempo manifestarle que el Comité, tiene como función principal la de vigilar los avances en el cumplimiento de los objetivos de los programas sociales del 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° 0069-2022-CTVC/YUR
- CASO N° 0070-2022-CTVC/YUR

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



  
MILLER GONZALES SALDAÑA  
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

<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

**Calle COMERCIO 738, Barrio. La Loma – Yurimaguas**

**Celular: 942161470**

**Correo Electrónico: mesadepartes.ctvcperu@gmail.com / loreto.2rrctvcperu@gmail.com**

**Página Web: [www.ctvcperu.org.pe](http://www.ctvcperu.org.pe)**

## COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

Tel. YURIMAGUAS: 942161470  
Telf. LIMA: 951864589

### CASO

N°0070-2022-CTVC/YUR

PROGRAMA SOCIAL:	JUNTOS	1. FECHA DE REGISTRO:	07/06/2022
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE o VEEDOR:</b>			
2. APELLIDOS NOMBRES:	GONZALES SALDAÑA MILLER	3. NÚMERO-DNI:	41005700
4. ORGANIZACIÓN/INSTITUCIÓN	COMITÉ DE TRANSPATRENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA	5. CARGO:	RESPONSABLE REGIONAL
<b>II. IDENTIFICACIÓN DEL CASO: LUGAR DE OCURRENCIA, PROCESO VIGILADO/VERIFICADO</b>		6. FECHA DE OCURRENCIA:	07/06/2022
7. DEPARTAMENTO:	LORETO	8. PROVINCIA:	ALTO AMAZONAS
9. DISTRITO:	YURIMAGUAS	10. CCPP/DIRECCIÓN:	YURIMAGUAS/ CAL.MI PERÚ S/N MZ F LT. 11
11. PROCESO OBJETO DE VIGILANCIA/VEEDURÍA:	PROCESO DE AFILIACION Y MANTENIMIENTO DE PADRON DE HOGARES	12. ¿DÓNDE SE APLICÓ LA FICHA?	46958908-POTENCIAL USUARIO
13. CANTIDAD DE AFECTADOS:	01	14. CANTIDAD DE PUNTOS CRÍTICOS:	01
<b>III. DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS (ANÁLISIS Y PRECISIONES):</b>			

**SALVITH HUAYA COMETIVOS**, identificada con DNI N° 46958908 domiciliada en Calle Mi Perú S/N Mz F Lt. 11 de la ciudad de Yurimaguas, distrito de Yurimaguas, Alto Amazonas, Loreto, el hogar es potencial usuario del Programa Juntos, de quien se recoge su manifestación en la Ficha de Atención N° A-022-2022-YUR-J, donde se consigna el punto crítico descrito a continuación.

### 1. HOGAR EN CONDICION DE POBREZA EXTREMA NO ES COBERTURADO POR EL PROGRAMA

El hogar de la Sra. Salvith Huaya Cometivos, seria potencial usuaria del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres "JUNTOS", quien manifiesta ser madre soltera de tres niños se dedica al trabajo doméstico eventual para solventar a su familia, la suscrita refiere que acudió a la oficina del programa Juntos, para solicitar información sobre el proceso de afiliación, recibiendo como respuesta "NO ESTAMOS AFILIANDO", por lo cual acudió al Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para que le apoyen en hacer de conocimiento de su caso al programa.

Cabe indicar que la Sra. Salvith Huaya Cometivos, debido a la emergencia sanitaria dictada por el Estado su situación económica se vio seriamente afectada, además se encuentra en situación de vulnerabilidad, su clasificación socioeconómica es **Pobre Extremo** (Ver anexo 2)

D.S. N° 002-2021-MIDIS Decreto Supremo que modifica el Decreto Supremo N° 032-2005-PCM mediante el cual se crea el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", y deroga el artículo 2 del Decreto Supremo N° 009-2012-MIDIS.

"Artículo 1.- creación del Programa nacional de Apoyo directo a los más Pobres "Juntos" Créase el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", adscrito al Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

El Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS" tiene por finalidad ejecutar transferencias directas en beneficio de **hogares en condición de pobreza o pobreza extrema de acuerdo con el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH)**, priorizando progresivamente su intervención a nivel nacional. El programa promueve en los hogares, con su participación y compromiso voluntario, el acceso a los servicios de salud y educación, orientados a mejorar la salud y nutrición preventiva materno-infantil y la escolaridad sin deserción.

La población objetivo del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", **son los hogares integrados por gestantes, niñas, niños** y/o adolescentes en condición de pobreza, hasta que culminen la educación secundaria o cumplan diecinueve años, lo que ocurra primero. Los hogares se comprometen a cumplir los compromisos establecidos por el programa.

R.M N° 062-2021-MIDIS Aprobar los ámbitos y grupos priorizados de intervención del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres “JUNTOS”, que serán atendidos según su disponibilidad presupuestaria en el marco de lo dispuesto por el D.S. N° 02-2021-MIDIS.

Criterios de elegibilidad para el ingreso.

**Hogares deben contar con CSE de pobre o pobre extremo.**

**Miembros objetivos (gestantes, niñas, niños y/o adolescentes hasta 14 años de edad)**

Criterios de Priorización.

1. Criterios según ciclo de vida.

**Hogares con niñas y niños menores de 12 a 13 años de edad**

R.D.E N° 0000159-2021-MIDIS/PNADP-DE que aprueba la Directiva N° 07-2021-MIDIS/PNADP-DE Directiva del proceso de Afiliación y el Procedimiento de Acciones previas para la Afiliación y Reincorporación de Hogares del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres “JUNTOS”.

V. Disposiciones generales.

5.1. **El proceso de Afiliación consiste en la incorporación de hogares al Programa JUNTOS bajo criterios de elegibilidad y priorización. El proceso asimismo determina la permanencia de los hogares en el Padrón de Hogares Afiliados.**

(...)

5.4. **Los hogares nuevos afiliados y reincorporados que en su composición presenten al menos un miembro objetivo con edad hasta los 30 días de nacido o una gestante en el primer trimestre de gestación formaran parte del esquema de corresponsabilidades Primera Infancia (CPI), al igual que los hogares afiliados que cumplan con esta condición.**

VI. Disposiciones Específicas.

6.1. Determinación de Hogares Elegibles.

(...)

6.1.4. En ambos casos, la UOP aplica los criterios de elegibilidad del Programa JUNTOS que son dos para determinar a los hogares elegibles:

**1) Hogares con CSE pobre o pobre extremo.**

**2) Hogar cuenta con al menos un miembro objetivo gestante o con edad hasta los 14 años exactos.**

6.2. Acciones previas para la afiliación y reincorporación de Hogares.

**Para la Afiliación.**

(...)

6.2.4. El hogar que adquiere la condición de preafiliado, cumple los siguientes requisitos:

b. **Los miembros objetivos y demás miembros del hogar cuentan con DNI, se exceptúa a los recién nacidos hasta los 3 meses de edad quienes podrán contar con certificado de nacido vivo en línea o CUI.**

#### IV. SUGERENCIAS / RECOMENDACIONES:

En el Marco de los lineamientos técnicos de la Directiva N° 07-2021-MIDIS/PNADP-DE Directiva del proceso de Afiliación y el Procedimiento de Acciones previas para la Afiliación y Reincorporación de Hogares del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS", aprobado con la R.D.E N° 000159-2021-MIDIS/PNADP-DE y demás normativas vigentes del programa, se solicita verificar el caso e implementar las medidas correctivas a fin de garantizar una adecuada y eficiente prestación del servicio, por lo que en este sentido se recomienda:

- Garantizar el Servicio del programa Juntos y dar cumplimiento a la **Directiva N° 07-2021-MIDIS/PNADP-DE** Directiva del proceso de Afiliación y el Procedimiento de Acciones previas para la Afiliación y Reincorporación de Hogares del Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres "JUNTOS".
- Garantizar el Servicio del programa Juntos y dar cumplimiento al Procedimiento de Determinación de Hogares Elegibles con código **PNADP-UOP-AFI-P-001**, versión 01.
- Garantizar el Servicio del programa Juntos y dar cumplimiento al Procedimiento Acciones previas para la Afiliación y Reincorporación de Hogares con código **PNADP-UOP-AFI-P-002**, versión 02.
- Garantizar el Servicio del programa Juntos y dar cumplimiento al Procedimiento Determinación del Padrón de Hogares Afiliados con código **PNADP-UOP-AFI-P-004**, versión 03.
- Se solicita al programa JUNTOS pueda informar sobre lo acontecido en el plazo establecido, además de la implementación de las medidas preventivas y/o correctivas, pertinentes, dirigidas a mitigar, superar o dar solución a los riesgos comentados en la presente alerta.

#### V. ANEXOS: (Total de páginas/folios: 14 folios)

1. Ficha de Atención N° **A-022-2022- YUR- J. (01 folio)**.
2. Resultado de Clasificación Socioeconómica en el PGH **(02 folio)**
3. Vista fotográfica del carnet de atención integral de salud **(03 folios)**.
4. Vista fotográfica de tarjeta de asociado de APAFA **(02 folios)**
5. Vista fotográfica de DNIs de Miembros Objetivos **(03 folios)**
6. Número de Celular donde pueden contactar a titular del hogar **(01 folio)**
7. Vista fotográfica de DNI del titular del hogar **(01 folio)**



  
MILLER GONZALES SALDARA  
Responsable Regional - Equipo Técnico - Yurimaguas  
COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA

COMITÉ DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA CIUDADANA		<b>FICHA DE ATENCIÓN</b>		FICHA N° <u>A-022-2022-YUR-J</u>	
El miembro del Comité Local de Transparencia y Vigilancia Ciudadana facilita el llenado de la Ficha de Atención cuando el Informante/Solicitante (de preferencia el USUARIO) pide hacer llegar su caso al Programa Social <b>-LA CANALIZACIÓN DEL CASO HACIA LOS PROGRAMAS SOCIALES ES GRATUITO Y NO REQUIERE FIRMA DE ABOGADO-</b>					
1.PROGRAMA por X:		CONTIGO ( ) CUNA MÁS ( ) FONCODES ( ) JUNTOS ( X ) PAIS ( ) PENSIÓN 65 ( ) QALI WARMA ( ) SISFOH ( )		2.FECHA de REGISTRO: 07 / 06 / 2022 /	
<b>I. DATOS DEL INFORMANTE/SOLICITANTE: De preferencia debe ser el(la) mismo(a) titular interesado(a)</b>					
3. Apellidos Nombres:		HUAYA COMETIVOS SALVITH		4. Documento-DNI: 46958908	
5. Sexo (Género):		Masculino ( ) Femenino ( X )		6. Fecha-Nacimiento: 22/12/1991	
7. Es Usuario(a)?:		SI ( ) Fecha Afiliación - / - / - / NO ( X )		8. Tiempo Residencia: ( ) MESES	
9. Correo Electrónico:		-----		10. Telef. Personal:	
11. Institución/Cargo:				12. Telf. Institucional: -----	
13. Departamento:		LORETO		14. Provincia: ALTO AMAZONAS	
15. Distrito:		YURIMAGUAS		16. CCPP/Dirección: YURIMAGUAS	
<b>II. DESCRIPCIÓN AL DETALLE DEL CASO:</b>				17.FECHA OCURRENCIA: 07 / 06 / 2022 /	
<b>A) LUGAR DONDE OCURRIÓ EL CASO:</b>					
18. Departamento:		LORETO		19. Provincia: ALTO AMAZONAS	
20. Distrito:		YURIMAGUAS		21. CCPP/Dirección: YURIMAGUAS	
<b>B) DESCRIPCIÓN DE LOS HECHOS RELACIONADOS AL CASO: El Informante debe precisar bien lo siguiente:</b>					
22. LOS HECHOS OCURRIDOS. CUÁNTOS Y QUIÉNES SON LOS AFECTADOS (cuando son más de 3 adjuntar listado con: Apellidos, Nombres, DNI, Edad y Observaciones). QUIÉNES SON LOS PRESUNTOS o POSIBLES RESPONSABLES QUE MOTIVARON EL CASO. QUÉ PIDEN LAS PERSONAS AFECTADAS PARA RESOLVER EL CASO. PRECISAR CLARAMENTE SI EL CASO YA FUE ANTES PRESENTADO AL OPERADOR DEL PROGRAMA. ¿QUÉ HIZO EL PROGRAMA HASTA AHORA PARA RESOLVER?					
<p><b>SALVITH HUAYA COMETIVOS</b>, identificada con DNI N° 46958908 domiciliada en Calle Mi Perú S/N Mz F Lt. 11 de la ciudad de Yurimaguas, distrito de Yurimaguas, Alto Amazonas, Loreto, es potencial usuaria del Programa Juntos, manifiesta lo siguiente:</p> <p><b>HOGAR EN CONDICION DE POBREZA EXTREMA NO ES COBERTURADO POR EL PROGRAMA</b></p> <p>Salvith Huaya Cometivos, es potencial usuaria del Programa Nacional de Apoyo Directo a los más Pobres "JUNTOS" manifiesta lo siguiente:</p> <p>Es madre soltera de 3 niños, se dedica al trabajo doméstico eventual para solventar a su familia, la suscrita refiere que acudió a la oficina del programa Juntos, para solicitar información sobre el proceso de afiliación, recibiendo como respuesta "NO ESTAMOS AFILIANDO", por lo cual acudió al Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana para que le apoyen en hacer de conocimiento de su caso al programa.</p>					
23.TIPO d ATENCIÓN:		Consulta ( ) Sugerencia ( ) Pedido ( X ) Reclamo ( ) Queja ( ) Denuncia ( )		24.TOTAL FOLIOS:	
25.Dctos. ADJUNTOS:		Memorial ( ) Informe ( ) Oficio ( ) Constancia ( ) Certificado ( ) Partida de Nacimiento ( ) Copia DNI ( ) DJ ( ) Otros ( )			
26.OBSERVACIONES:					
NOMBRE, FIRMA y SELLO DEL VEEDOR (MIEMBRO DEL COMITÉ LOCAL)			NOMBRE Y FIRMA Y/O HUELLA DIGITAL DEL USUARIO(A) Ó INFORMANTE/SOLICITANTE PRINCIPAL		
<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>MILLER GONZALES SALDAÑA</u></p> <p>DNI: <u>41005700</u> CARGO: <u>RESPONSABLE REGIONAL CTVC</u></p>			<p>-----</p> <p>NOMBRES APELLIDOS: <u>SALVITH HUAYA COMETIVOS</u></p> <p>DNI: <u>46958908</u> CARGO: <u>POTENCIAL USUARIA</u></p>		

**RESULTADO DE CONSULTA AL PADRÓN GENERAL DE HOGARES (PGH)**

Estimado(a) ciudadano(a): HUAYA COMETIVOS SALVITH a continuación se muestra el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de su hogar.

Fecha y Hora de la consulta: 9/06/2022 a las 16:26:04

1. Código de Hogar : 12281346
2. Código Clasificación Socioeconómica : 27999506
3. Clasificación Socioeconómica : POBRE EXTREMO
4. Vigencia de Clasificación Socioeconómica : Desde 07/11/2021 Hasta 07/11/2025
5. Fuente : ULF
6. Departamento : LORETO
7. Provincia : ALTO AMAZONAS
8. Distrito : YURIMAGUAS
9. Centro Poblado : YURIMAGUAS
10. Núcleo Urbano : No hay información
11. Dirección de la Vivienda : CALLE. MI PERU NRO. PUERTA SN PISO.01 MZA. F LOTE.11
12. Referencia de la Dirección : AL COSTADO DE LA PANADERIA UNION
13. Estado de la CSE : VIGENTE
14. Integrantes del Hogar:

Tipo Documento	N° Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	62709610	JUNIOR JOEL	PIZANGO	HUAYA
DNI	46958908	SALVITH	HUAYA	COMETIVOS
DNI	79173742	LITZY MAITE	CRUZADO	HUAYA

\* La Dirección de Operaciones (DO) podrá de acuerdo con la disponibilidad de accesos a Bases de Datos Administrativas actualizar los datos de los hogares que conforman el PGH, pudiendo tener como consecuencia el cambio de Clasificación Socioeconómica (CSE).

Dirección de Operaciones(DO)  
 Dirección General de Focalización y Evaluación Social (DGFIS)  
 Despacho Viceministerial de Políticas y Evaluación Social  
 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)

[www.sisfoh.gob.pe](http://www.sisfoh.gob.pe)

**AVISO LEGAL:**

- El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que corresponde al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales.
- La información contenida en este correo electrónico es originada por la Dirección de Operaciones (DO), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida.

Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

- La Dirección de Operaciones de Focalización (DO), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a las Intervenciones Públicas Focalizadas (IPF), el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios, y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción

## RESULTADO DE CONSULTA AL PADRÓN GENERAL DE HOGARES (PGH)

Tipo Documento	N° Documento	Nombres	Apellido Paterno	Apellido Materno
DNI	92308450	ESAYKA YARETZI	CHOTA	HUAYA

\* La Dirección de Operaciones (DO) podrá de acuerdo con la disponibilidad de accesos a Bases de Datos Administrativas actualizar los datos de los hogares que conforman el PGH, pudiendo tener como consecuencia el cambio de Clasificación Socioeconómica (CSE).

Dirección de Operaciones(DO)  
Dirección General de Focalización y Evaluación Social (DGFIS)  
Despacho Viceministerial de Políticas y Evaluación Social  
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social (MIDIS)


[www.sisfoh.gob.pe](http://www.sisfoh.gob.pe)

### AVISO LEGAL:

- El contenido de esta comunicación es puesta a disposición de usted de conformidad con el marco normativo de la Ley N°29733, Ley de Protección de Datos Personales y su respectivo Reglamento, en lo que corresponde al acceso de información por parte de los titulares de los datos personales.
- La información contenida en este correo electrónico es originada por la Dirección de Operaciones (DO), es de uso privilegiado, tiene carácter confidencial y sólo puede ser utilizada por la persona a quien ha sido dirigida. Su divulgación, copia y/o adulteración no autorizada está estrictamente prohibida.


Esta comunicación es sólo para propósitos de información y no representa constancia o documento válido para realizar algún tipo de trámite ante alguna entidad pública y/o privada.

- La Dirección de Operaciones de Focalización (DO), en cumplimiento de su mandato normativo, comunica a las Intervenciones Públicas Focalizadas (IPF), el resultado de la Clasificación Socioeconómica (CSE) de los hogares que se encuentran en el Padrón General de Hogares (PGH), para que identifiquen y seleccionen a sus potenciales usuarios, y, de ser el caso, procedan a su afiliación y/o inscripción



**PERU**  
Ministerio de Salud


**LORETO**  
GOBIERNO REGIONAL



DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL SANTA GEMA DE YURIMAGUAS

PROGRAMA ARTICULADO NUTRICIONAL




## CARNET DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

N° HISTORIA CLINICA: \_\_\_\_\_

Código de Afiliación		HCL	21245
Nombre de la Niña	Chota Huaya. EoaiKa Yarety		
Fecha de Nacimiento	09-04-21	HN: 13.20 pm	DNI 92308450
Nombre de la Madre	Salvith Huaya Cometivos		DNI 46958908
Nombre del Padre	Felix Chota Lauate		
Dirección	A.H. Dolorosa 9/11° Peru #240 Programa Social		
Lugar de Atención		Teléfono	Etnia

**VACUNAR A TU NIÑA ES UN GESTO DE AMOR**



CITA

CONTROL	11 Abril 2022
VACUNA	
OTROS	

BCG (TUBERCULOSIS) (RN)	09-04-21	HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN)	09-04-21
-------------------------	----------	---------------------------	----------

**ANTIPOLIO**

1° Dosis (2 meses) INY - IPV	2° Dosis (4 meses) INY - IPV	3° Dosis (6 meses) ORAL - APO
16-6-21	09-08-21	19-11-21

**PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)**

1° Dosis (2 meses)	2° Dosis (4 meses)	3° Dosis (6 meses)
09-08-21	20/10/21	20/10/21

**NEUMOCOCO**

1° Dosis (2 meses)	2° Dosis (4 meses)	3° Dosis (12 meses)
16-6-21	09-08-21	12/4/22

**ROTAVIRUS**

1° Dosis (2 meses)	2° Dosis (4 meses)
16-6-21	09-08-21

**INFLUENZA**

1° Dosis (7 meses)	2° Dosis (6 meses)
20/10/21	(P)

<b>SPR (SARAMPIÓN, PAPERERA, RUBÉOLA)</b>	<b>VARICELA</b>	<b>ANTIAMARILICA</b>
1° Dosis (12 meses)	1° Dosis (12 meses)	(15 meses)
12/4/22		

**REFUERZOS**

1° Ref. DPT (16 meses)	2° Ref. DPT (4 años)
2° Antipolio (18 meses)	2° Antipolio (Oral 4 años)

**OTRAS VACUNAS**

--	--	--

Las vacunas es todo el año y es gratuito



## SUPLEMENTACIÓN CON MICRONUTRIENTES

Marque una X los días que tu niña consume el multivitamínico

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

Fecha	...../...../.....	Inicio												
Edad	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13													
<input type="radio"/>	14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24													
	25 26 27 28 29 30													

SULFATO FERROSO		VITAMINA "A"		OTROS		TAMIZAJE						
FECHA	EDAD	FECHA	EDAD	N° DOSIS	FECHA/EDAD	MVT	DOSAJE DE Hb			DESCARTE DE PARASITOSIS		
							FECHA	EDAD	RESULTADO	FECHA	EDAD	RESULTADO
7-5-21	4m (11kg)	22/6/21	8m	180			20/6/21	6m	10.6			
14-9-21	5m (12kg)						19/11/21	7m	10.00			
20-10-21	6m						15/11/21	8m	10.6			
17-11-21	7m (14kg)						12/1/22	10	10.9			
20-12-21	8m											
25-12-21	9m (21kg)											
24/02/22	10m (24kg)											
9/3/22	11m											
12/4/22	12m (17kg)											

**En niñas de 3 años la anemia es más grave porque puede afectar su inteligencia**

<b>OBLIGACIONES:</b>	
✓	Asistir puntualmente a las asambleas convocadas por la APAFA y Dirección.
✓	Participar y cumplir en forma obligatoria con las actividades programadas por la I.E.P. APAFA y Comité de Aula.
✓	Participar obligatoriamente de la ESCUELA DE PADRES y los talleres que organice el área de Tutoría.
✓	Participar en la conformación de Comités aulas y asistir puntualmente a las citaciones convocadas por el comité y las que organice el tutor de aula.
✓	Asegurar que sus menores hijos concurren al plantel puntualmente y de acuerdo al reglamento interno de la institución.
✓	Participar en el proceso de enseñanza aprendizaje de sus hijos de manera responsable.

	EDUCACIÓN - ECOLOGÍA - VALORES	
ASOCIACIÓN DE PADRES DE FAMILIA DE LA I.E.P.		
<b>"AMALIA DEL AGUILA VELASQUEZ"</b>		
UGELAA - ALTO AMAZONAS - YURIMAGUAS		
Calle Avellan 10° 304		
AA. HH. San Gabriel de la Dolores - Tel: 385 731189		
YURIMAGUAS		
<b>TARJETA DE ASOCIADO</b>		
ASOCIADO Nº <u>705</u>		
DATOS DEL ASOCIADO		
APELLIDOS:	<u>Muaya Cometivos</u>	
NOMBRES:	<u>Salvith</u>	
DNI:	<u>46958908</u>	
DOMICILIO:	<u>Aviación # 223</u> <u>Dolorosa</u>	
<b>2022</b>		
NOTA: Conservar la tarjeta en su poder y el uso exclusivo de parte de la APAFA de la I.E.P.		

## DATOS DE LOS HIJOS O TUTORADOS

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI	NIVEL	GRADO	SECCIÓN
Pizango Huaya Frank Eddy	75576666	Sec	3 <sup>o</sup>	Humildad
Pizango Huaya Junior Joel	62709610	Prim	6 <sup>o</sup>	Generosidad
Cruzado Huaya Litzzy Maite	79173742	Prim	1 <sup>o</sup>	Solidaridad

### CONTROL DE ASISTENCIA A LAS ASAMBLEAS

1	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
2	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
3	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
4	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
5	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
6	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
7	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
8	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
9	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /

### CONTROL DE ASISTENCIA A LOS TRABAJOS

1	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
2	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
3	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
4	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
5	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
6	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
7	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
8	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /
9	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /	FIRMA: _____ FECHA: / /


  
 13-02-2022  
 SECRETARIA  
 FIRMA: [Signature]  
 FECHA: 25/03/22


  
 06-03-22  
 SECRETARIA  
 FIRMA: [Signature]  
 FECHA: 25/03/22

3 Comité de aula  
 FIRMA: [Signature]  
 FECHA: 25/03/22







ANEXO 06: Número de Celular donde pueden contactar a titular del hogar

**SALVITH HUAYA COMETIVOS**



**916804094**

