

**PERÚ**Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional
CUNA MÁSFirmado digitalmente por YUPANQUI
RODRIGUEZ Lilian Idelsa FAU
20546537782 soft
Cargo: Jefe(A) De Unidad Territorial
Motivo: Soy el autor del documento
Fecha: 24.05.2022 21:05:00 -05:00

Trujillo, 24 de Mayo del 2022

OFICIO N° 000061-2022-MIDIS/PNCM-UTLLBT

Señor:

ADÁN CONSTANTE BRICEÑO ROJAS

Responsable Regional del Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana

Presente. -

Asunto : Respuesta al Caso N°059-2022-CTVC/LIB

Referencia : OFICIO N°060-2021-CTVC/LA LIBERTAD

De mi mayor consideración:

Tengo el agrado de dirigirme a usted en atención al documento de la referencia a fin de informarle:

PRIMERO: Se entiende por Alerta, al aviso o comunicación formal presentado por el Comité de Transparencia Ciudadana a los Programas Sociales y al MIDIS, sobre casos que afectaron, están afectando o pueden afectar la adecuada implementación de los Programas Sociales, así como los derechos o intereses de los usuarios, y que ameritan atención inmediata.

SEGUNDO: Con fecha 11 de mayo del 2022, la Unidad Territorial recibió la Alerta registrada como Caso N°059-2022-CTVC/LIB, referida al funcionamiento del Servicio de Acompañamiento a Familias del Comité de Gestión "TRABAJANDO POR LOS NIÑOS", correspondiente al contexto No Presencial.

TERCERO: Al respecto, es preciso señalar que el Comité de Gestión "TRABAJANDO POR LOS NIÑOS" del SAF, reconocido con 479-2021 MIDIS/PNCM, de fecha 19 de mayo 2021, está ubicado en el distrito de Agallpampa provincia de Otuzco, de la Unidad Territorial de La Libertad. Este Comité de Gestión viene atendiendo de manera ininterrumpida a 102 niños y niñas menores de 36 meses de edad y 08 gestantes.

CUARTO: Teniendo en consideración lo antes señalado y, en respuesta al punto crítico que recoge el presente caso reportado por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana se precisa lo siguiente:

DE LOS PUNTOS CRÍTICOS ENCONTRADOS.

- 1. PROGRAMA AFILIA A NIÑO/A AL SERVICIO SIN CONOCIMIENTO DEL CUIDADOR PRINCIPAL.** *el Sr. Javier Alex Maqui Cruz manifiesta que su esposa la Sra. Yuber Julián Rosas (DNI 43611799), es usuaria del Servicio de Acompañamiento Familia por el menor E. G. M. J. (1 año y 3 meses de edad) y por la cual recibe las visitas de su facilitadora Jaqueline Ávila Julián. Asimismo, añade en diciembre del año 2021 coordinó con la mencionada facilitadora la incorporación de su menor hija E. N. M. J. de 14 años y 09 meses de edad, que se encontraba gestando-actualmente tiene 7 meses de gestación. Sin embargo, el Sr. Javier Alex Maqui Cruz manifiesta que los documentos para la incorporación de su hija fueron regresados a su poder, esto se debió a que el sistema de Cuna Mas no aceptaba la incorporación de la menor gestante. Pero, aproximadamente el 26 de abril de 2022, una vecina comentó a su esposa que había visto el nombre de su hija E. N. M. J. en el padrón nominal de usuarios de Cuna Más, ante*



ello, su esposa Yuber Julián Rosas le consultó a la Acompañante Técnico de nombre “Ana María”, y ésta le confirmó que su niña es usuaria “TRABAJANDO POR LOS NIÑOS” y la facilitadora es la Sra. Gladys Maribel Cruz Gamboa. Ante ello, su esposa le reclamó sobre la incorporación de su hija y quien había aceptado como cuidador principal, porque su esposo ni ella habían autorizado su incorporación, además porque no han recibido visitas por parte de la facilitadora, además, inicialmente fue rechazado su pedido de incorporación y los documentos fueron devueltos. Asimismo, su esposa señala que aproximadamente el 28 de abril, el acompañante técnico le comunicó que no se preocupe, porque su hija ya había sido retirada del padrón nominal de Cuna Mas.

Esta situación, ha generado mucha molestia e indignación por la incorporación de la menor sin autorización de los padres. Además, estaría incumpliendo el numeral 4.2 Lineamientos que regulan los criterios de afiliación de las usuarias y los usuarios a los servicios del PNCM de la RDE 379-2022-MIDIS/PNCM-DE.

Actualmente como normativa vigente, se tiene a la Directiva denominada “**Afiliación y egreso de las usuarias y los usuarios a los servicios del Programa Nacional Cuna Mas**”, aprobada mediante la RDE 379-2022-MIDIS/PNCM, la cual establece lo siguiente:

1. Numeral 4.2 Lineamientos que regulan los criterios de afiliación de las usuarias y los usuarios a los servicios del PNCM.

La afiliación de las usuarias y los usuarios se encuentra enmarcada en la Estrategia de Gestión Territorial “Primero la Infancia”, por la cual el PNCM conduce e implementa el proceso de afiliación, haciendo uso del Padrón Nominal y diversos mecanismos de gestión territorial, entre ellos las Instancias de Articulación Regional – IAR y Articulación Local – IAL, en las que participa el PNCM como miembro activo y asiste a las convocatorias que esta realice. Así mismo, se encuentra sujeta al cumplimiento de lo establecido en la Resolución Ministerial N° 050 – 2022-MIDIS, conforme se encuentra detallado en las Tablas N° 1 y N° 2, de la presente directiva.

Cabe resaltar que, al momento de darse los hechos que son materia de análisis, se encontraba vigente la Directiva denominada “**ENTRADA, PERMANENCIA Y EGRESO DE USUARIAS Y USUARIOS A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS**”, aprobada por la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 785-2021-MIDIS/PNCM, para lo cual, se desarrollará bajo el marco de la citada normativa el análisis correspondiente.

El punto crítico N° 1 se considera **INFUNDADO**

Al respecto, de acuerdo a las indagaciones realizadas por parte de la Acompañante técnico asignada al Comité de Gestión “TRABAJANDO POR LOS NIÑOS” – Sra. Ana María Avalos Marquina, indica que el 01 de diciembre del año 2021, la Facilitadora – Sra. Jhaquelin Avila Julián reportó que había una gestante de iniciales E. N. M. J. de 14 años, que a la fecha tenía 4 meses de gestación, que podría ser usuaria del Comité de Gestión “Trabajando por los Niños”, a la par se tenía focalizado a un potencial usuario el niño de iniciales T.A.C.P de 2 meses y 2 semanas de nacido. En tal sentido, al tener las 2 opciones de afiliación posibles, se opta por priorizar la afiliación del niño de 2 meses de edad, en cumplimiento a la normativa vigente que se encontraba en ese momento, la cual era **la Directiva denominada ENTRADA, PERMANENCIA Y EGRESO DE USUARIAS Y USUARIOS A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS**”, aprobada por la Resolución de Dirección Ejecutiva N° 785-2021-MIDIS/PNCM, la cual señala en su numeral 5.4.2 Identificación y Captación de Potenciales Usuarias/os, inciso D), lo siguiente:



“Luego de la captación y de haberse realizado la sensibilización, la/el Acompañante Técnico, de existir una demanda mayor a la meta asignada al CG, utilizará los siguientes criterios de priorización para la afiliación de las potenciales usuarias y usuarios, asimismo procede a completar la última columna del “Registro de la lista de potenciales usuarias/os identificados para los Servicios del PNCM” (ver Anexo N°01), lo cual nos servirá de insumo para la priorización, la misma que se debe realizar de acuerdo al siguiente orden”:

Prioridad 1: Familias con niñas y niños menores de 90 días de nacido. (Afiliación Temprana). (Anexo 01: Evidencia con captura del Padrón nominal de Abril, se evidencia fecha de ingreso de usuario) (...)

De otro lado, con fecha 11 de abril del 2022, la facilitadora del caserío de Chual – Sra. Gladys Maribel Cruz Gamboa, ante la necesidad de dar cumplimiento a la ratio de atención y de acuerdo a las prioridades de afiliación, identificó a la gestante de iniciales E. N. M. J. de 14 años, que a la fecha tenía 8 meses de gestación y que en ese momento residía en el caserío de Chual, en la casa de los abuelos de su pareja, siendo empadronada como usuaria del Servicio **(Ver Anexo 02: Evidencia, fichas de empadronamiento de la usuaria E.N. MJ)**, teniendo como cuidadora principal a la abuela paterna de su pareja la Sra. Esther Villanueva Zavaleta, identificada con DNI N° 17960972, quien asumió el rol de Cuidador Principal de la menor ya que es la persona con la que viven en el Caserío de Chual, la cuidadora principal firma las Cartas de Compromiso correspondientes al legajo familiar y comprometiéndose a desempeñar el rol de Cuidador Principal en beneficio de la Gestante y su bebé. **(Ver Anexo 03: Evidencia de constancia de residencia emitida por el teniente Gobernador del Caserío Sr. Luciano Gutiérrez Minchola).**

Cabe precisar que, según lo manifestado por la Acompañante Técnico Sra. Ana María Avalos Marquina, refiere no haber tomado contacto ni presencial ni telefónico con ninguno de los padres de la menor con iniciales E.N.M.J de 14 años y rechaza haber referido a alguno de los padres que la gestante no era usuaria del PNCM. Al mismo tiempo, se verifica en el padrón oficial del mes de Abril que, la gestante ha recibido tres visitas domiciliarias y, en el mes de Mayo, al haberse producido el nacimiento de su hija, esta fue afiliada como niña usuaria del PNCM.

En contacto vía telefónica establecido con la Sra. Esther Villanueva Zavaleta, quien figura como cuidador principal, manifiesta que, durante el presente mes la familia viene recibiendo las visitas domiciliarias de manera regular por parte de la Facilitadora, fortaleciendo las prácticas de cuidado saludable y aprendizaje infantil que permita favorecer el adecuado desarrollo infantil temprano de la niña N.V.J.M. (DNI: 92879495).

Medida Preventiva

Reforzar en las familias usuarias, las prioridades para la afiliación de familias al Servicio de acuerdo con la normativa vigente y explicar a las usuarias y usuarios y el proceso de afiliación para los servicios del PNCM.

CONCLUSIÓN

De las observaciones realizadas por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de LaLibertad, sobre el **CASO N°059-2022-CTVC/LIB**, se precisa:

1. El punto crítico 01 se considera INFUNDADO, en coherencia con los criterios técnicos establecidos en el Programa.



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para expresarle mis mayores consideraciones de estima personal.

Atentamente,

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE

LILIAN IDELSA YUPANQUI RODRIGUEZ

JEFA DE UNIDAD TERRITORIAL

Programa Nacional Cuna Más



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

Anexo 01:

Evidencia con captura del Padrón nominal de Abril, se evidencia fecha de ingreso de usuario

Fecha de creacion en el sistema	Código de Familia	Código de Usuario	Apellido Paterno del Usuario	Apellido Materno del Usuario	Nombre del Usuario	Sexo del Usuario F: Femenino M: Masculino	Fecha de registro del usuario al programa	Tipo de Beneficiari o	Tipo de documento del usuario	Numero de documento del usuario
3/12/2021	1911029	6210718	CRUZ	PEREZ	THIAGO ANTONY	M	3/12/2021	NIÑO(A)	DNI	92523619



Se observa que el menor fue empadronado el 03/12/2021



PERÚ

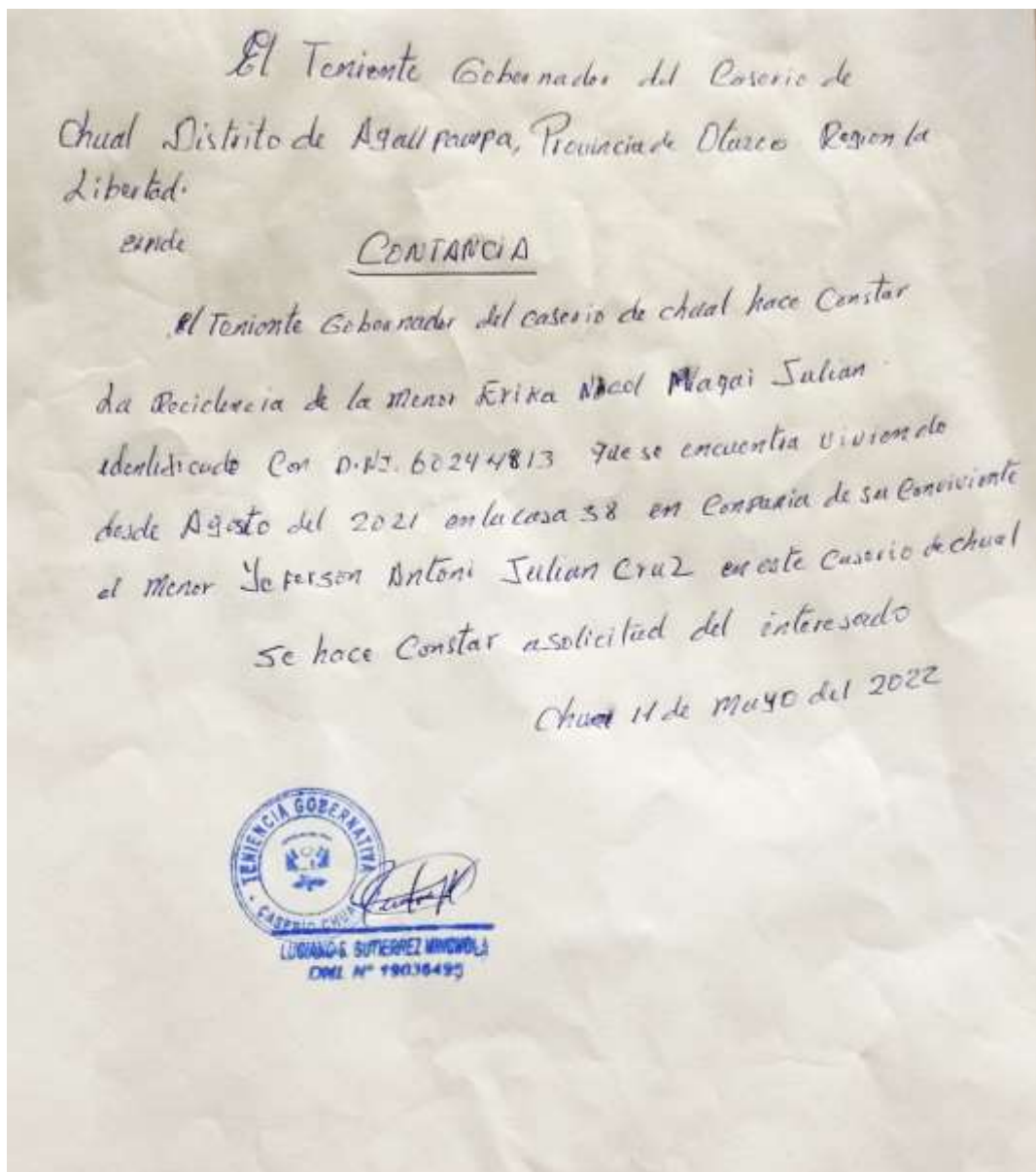
Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

ANEXO 02:

Constancia de Residencia emitida por el Teniente Gobernador del Caserío de Chual, indicando la actual residencia de la menor E.N.M.J





PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

ANEXO 03: Legajo Familiar de E.N.M. J

FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD - SAP		Código Versión Página	UTM: 25-28 28 Página 1 de 1		
I. DATOS GENERALES					
1.1 Servicio	SNC SCD				
1.2 Fecha de empadronamiento:	08 04 22 Día Mes Año				
1.3 Datos del Acompañante Técnico					
2808 Código Acomp. Técnico		Ana María Anales Noguera Nombres y Apellido del Acomp. Técnico			
1005 Código CTS		Delegando por los Niños Nombre CTS			
1.4 Datos del Actor Comunal a cargo					
91880 Código Madre Cuidadora o Facilitadora		Cristy Cruz Gamboa Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitadora			
1.5 Para el caso del SCD					
CSAT		MODULO			
II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA					
2.1 Ubicación de la vivienda					
La Libertad Departamento		Otuzco Provincia			
Acallpampa Distrito		Chusí Centro Poblado (CCPP)			
13040 Código UT		La Libertad Unidad Territorial			
Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera					
Tipo					
1	2	3	4	5	6
Avenida	Calle	Jirón	Paseo	Carretera	Otro
Nombre de la vía					
Nº de puerta		Bloque		Interior	
Piso		Manzana		Lote	
Pímetro					
Campo deportivo Chusí					
Referencias					
III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS					
3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑO/A 1					
Código		Nombres			
3.2 ¿El niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En trámite o en trámite)				Sí No	
3.3 (Si responde Sí en la 3.2) ¿Cuál es el número del Documento Nacional de Identidad?					
3.4 (Si responde NO en pregunta 3.2) ¿Por qué no tiene DNI?					
3.5 (Si responde NO en pregunta 3.2) ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta el niño/a?					
1				Certificado de nacido vivo	
2				Partida de nacimiento	
3				Ninguno	
3.6 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?					
1				En Salud	
2				Seguro de Salud de FF.AA. - P.F.P.	
3				Seguro Privado	
4				Seguro Integral de Salud (SIS)	
5				Aseguramiento Universal en Salud (AUS)	
6				Otro (Especificar)	
7				Ninguno	
3.7 Código de Afiliación al Seguro de Salud					
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende					
3.9 El SIS está en la localidad/comunidad de residencia				Sí No	
3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?				Sí No	
3.11 ¿El niño/a pertenece a la META 4? (Preguntar si recibe visitas/llamadas del personal de salud para preguntar sobre las vacunas de la niña/o o atención CRED)				Sí No	
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?				Tiene documento Sí No En caso de "SI", ¿cuántas?	
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo				Sí No	
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y pólio)				Sí No	
3.15 ¿El/la niño/a tiene alguna discapacidad?					
1				Sí → Una vez completada la presente ficha, llenar el Anexo N°10 del formato "Ficha de Información de usuario/a y/o cuidador principal con discapacidad"	
2				No → continuar con el llenado de la presente ficha.	



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional
CUNA MÁS

FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIO DEL SCD - GAF		Código Versión Página	UTAI-FR-09 00 Página 2 de 5
3.16 DATOS PERSONALES DE LA NIÑA/O 2			
Código	Nombre		
Apellido Paterno	Apellido Materno		
Fecha Nacimiento	Edad Meses	Masculino	Femenino
3.17 ¿Niña/o cuenta con DNI o otro documento? (En falso o en trámite) ☐ Si ☐ No			
3.18 (Si responde SI en la 3.17) ¿Cuál es el número del Documento Nacional de Identidad?			
3.19 (Si responde NO en pregunta 3.17) ¿Por qué no tiene DNI?			
3.20 (Si responde NO en pregunta 3.17) ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta el niño/a?			
1	Certificado de nacido vivo		
2	Partida de nacimiento		
3	Ninguno		
3.21 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?			
1	Estadual		
2	Seguro de Salud de FF.AA. - P.N.P.		
3	Seguro Privado		
4	Seguro Integral de Salud (SIS)		
5	Aseguramiento Universal en Salud (AUS)		
6	Otro (Especifique)		
7	Ninguno		
3.22 Código de Afiliación al Seguro de Salud			
3.23 Establecimiento de salud donde se atiende			
3.24 El EESS está en la localidad/comunidad de residencia ☐ Si ☐ No			
3.25 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS? ☐ Si ☐ No			
3.26 ¿Esta niña/o pertenece a la META 4? (Preguntar si recibe visitas llamadas del personal de salud para preguntar sobre las vacunas de la niña/o o atención CRED) ☐ Si ☐ No			
3.27 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)? ☐ Si ☐ No ☐ En caso de "SI", ¿cuántas?			
3.28 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo ☐ Si ☐ No			
3.29 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio) ☐ Si ☐ No			
3.30 ¿Este niño/a tiene alguna discapacidad?			
1	Si -- Una vez completada la presente ficha, llenar el Anexo N° 10 del formato "Ficha de información de usuario y/o cuidador principal con discapacidad"		
2	No -- continuar con el llenado de la presente ficha.		
IV. DATOS DE LA FAMILIA			
4.1 Datos del cuidador principal			
6279363	ESTHER		
Código	Nombre		
VILLANUEVA	ZAVALETA		
Apellido Paterno	Apellido Materno		
260448	53	Masculino	Femenino
Fecha Nacimiento	Edad (años)	Sexo	
Número de teléfono 952440092			
4.2 ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta?			
1	☒ DNI (o documento que reemplaza que está en trámite)		
2	☐ Otro (Especifique)		
Número del Documento de Identidad 17960972			
4.3 ¿Sabe leer y escribir? ☒ Si ☐ No			
4.4 ¿Cuántos hijos tiene? (apuntar el número, si no tiene ninguno apuntar "00") 03			
4.5 ¿Cuál es su parentesco con el niño/a niña que se está registrando? (respuesta múltiple si fuera más de una niña/niño empadronado)			
1	Papá	4	Tía
2	Mamá	5	Hermano/a
3	Abuelo/a	6	Otro (Especifique)
4.6 ¿Cuál es su estado civil del cuidador principal?			
1	Soltero/a	4	Separado/a
2	Casado/a	5	Divorciado/a
3	Conviviente	6	Viuado/a
4.7 ¿Cuál es su nivel educativo?			
1	Ninguno	5	Superior no universitaria
2	Inicial	6	Superior universitaria
3	Primaria	7	Post grado u otro nivel
4	Secundaria		
4.8 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a?			
1	Estadual		
2	Seguro de Salud de FF.AA. - P.N.P.		
3	Seguro Privado		
4	☒ Sistema Integral de Salud (SIS)		
5	Aseguramiento Universal en Salud (AUS)		
6	Otro (Especifique)		



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

FORMATO
FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA
USUARIO DEL SCS - SAP

Código: 0701 PISO
Versión: 00
Página: 1 de 1

5.2 ¿Cuántos hermanos de
gestación tiene? 33

5.3 ¿Tiene carné de control
(permanente)? ☒ Sí ☐ No En caso de "Sí"
¿cuántos? 6

5.4 Registra las fechas de controles ☒ Sí ☐ No

5.5 Registra las fechas de
exámenes auxiliares ☒ Sí ☐ No

5.6 De ser el caso, cuenta con
aplicación de vacuna Mianis ☒ Sí ☐ No

5.7 ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta?

1 DNI o documento que sustituya que está en trámite
2 ☒ Otro (Especifique: Identidad)

5.8 Número del Documento de
Identidad 60284713

5.9 ¿Cuál es su nivel educativo?

1 Ninguno
2 Inicial
3 Primaria
4 ☒ Secundaria
5 Superior no universitaria
6 Superior universitaria
7 Post grado u otro nivel

4.1.1 ¿Sabe leer y escribir? ☒ Sí ☐ No

4.1.2 ¿Cuántos hijos tiene? (apuntar el número, si
no tiene ninguno apuntar "00") 00

5.10 (Esto aplicaría en caso la gestante sea la cuidadora principal
de uno(s) de las/os niñas(os) a empadronar en esta ficha, de
no ser así continuar con la siguiente pregunta)
¿Cuál es su parentesco con el niño/a niño/a que se está
registrando? (respuesta múltiple si fuera más de una
relación empadronada)

1 Papá
2 Mamá
3 Abuelo/a
4 Tío/a
5 Hermano/a
6 Otro (Especifique: _____)

5.11 ¿Cuál es su estado civil?

1 Soltero/a
2 Casado/a
3 Conviviente
4 Separado/a
5 Divorciado/a
6 Viudo/a

5.12 ¿Cuál es su nivel educativo?

1 Ninguno
2 Inicial
3 Primaria
4 ☒ Secundaria
5 Superior no universitaria
6 Superior universitaria
7 Post grado u otro nivel

5.13 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a?

1 ExSalud
2 Seguro de Salud de FF.AA. - P.N.P.
3 Seguro Privado
4 ☒ Sistema Integral de Salud (SIS)
5 Seguro Universal en Salud (AUS)
6 Otro (Especifique: _____)
7 Ninguno

Código de Afiliación a Seguro de Salud 2-60284713

5.14 ¿Cuál es su ocupación principal?

1 Trabajador dependiente
2 Trabajador independiente
3 Empleado
4 Servicio doméstico
5 Escriba desempleador
6 Quilacero del hogar
7 Estudiante
8 Jubilado/a
9 Trabajador a tiempo
10 Sin actividad

5.15 ¿Usted pertenece o se siente parte de? (Leer las alternativas
directamente a la persona en cuestión y seleccionar una
opción. Para los casos 1 y 2, recoger el dato de pueblo o
grupo específico según indicaciones)

1 ¿Un pueblo
indígena u
originario? En caso la respuesta sea "Sí",
especifique tomando en cuenta el
Anexo 01.
2 ¿La población
afroperuana,
negra, morena,
azteca, mixteca, o
afrodescendiente?
3 ¿Otro grupo
étnico? (Especifique: _____)
4 Ninguno de los
anteriores

5.16 ¿Cuál es la lengua materna que aprendió a hablar en su niñez?
(Lee cada alternativa directamente a la persona en cuestión
y seleccione una opción)

1 Quechua
2 Aymara
3 Asháninka
4 Awajit/Awaruna
5 Shipibo-Konibo
6 Shawi-Chaynilla
7 Matsigenka/Machiguenga
8 Achuar
9 ¿Otra lengua indígena u originaria? (Especifique según
listado de Anexo 02)
10 ☒ Castellano
11 Portugués
12 ¿Otra lengua extranjera? (especifique)
13 Lengua de señas peruanas
14 No escuchó ni habló

5.17
4.1.3 ¿Tiene alguna discapacidad?

1 Sí → Una vez completada la presente ficha, llenar el
Anexo N°10 del formato "Ficha de información de
usuario y/o cuidador principal con discapacidad"
2 ☒ No → culminar con el llenado de la presente ficha.



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

FORMATO
FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA
USUARIA DEL SCD - ISAF

Código: 1742/2018
Versión: 01
Página: 1 de 5

7. Ninguno

4.9 Código de Afiliación a Seguro de Salud: 2-1986099L

4.10 ¿Cuál es su ocupación principal?

1	Trabajador dependiente asalariado	6	✓	Quilero del hogar
2	Trabajador independiente	7		Estudiante
3	Empleado	8		Subsidista
4	Servicio doméstico	9		Trabajadora familiar no remunerada
5	Está desempleada	10		Sin actividad

4.11 ¿Ud. Pertenece o se cuenta parte de? (Leer las alternativas directamente a la persona en cuestión y seleccionar una opción. Para los casos 1 y 3, recoger el dato de pueblo o grupo específico según indicaciones)

1	¿Un pueblo indígena u originario?	En caso la respuesta sea SI, especifique tomando en cuenta el Anexo 01
2	¿La población afroperuana, negra, morena, zambo, mulato, o afrodescendiente?	
3	¿Otro grupo étnico?	(Especifique)
4	✓	Ninguna de las anteriores

4.12 ¿Cuál es la lengua materna que aprendió a hablar en su niñez? (Lee cada alternativa directamente a la persona en cuestión y seleccione una opción)

1	Quechua?	
2	Aymara?	
3	Asháninka?	
4	Awañit/Aguaruna?	
5	Shipibo-Konibo?	
6	Shawi/Chayahuita?	
7	Matsigenka/ Machiguenga?	
8	Actuá?	
9	¿Otra lengua indígena u originaria? (Especifique según listado de Anexo 02)	
10	✓	Castellano?
11	Portugués?	
12	¿Otra lengua extranjera? (especifique)	
13	¿Lengua de señas peruanas?	
14	No escuché ni hablo	

4.13 ¿Tiene alguna discapacidad?

1	Si → Una vez completada la presente ficha, llenar el Anexo N°10 del formato "Ficha de información de usuario/a y/o cuidador principal con discapacidad"	
2	✓	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

4.14 En caso el cuidador principal NO sea la madre y/o el padre, completar los datos del padre y/o madre según corresponda.

4.15 Datos de la madre

Nombre:

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Fecha Nacimiento: _____

Edad (años): _____

Número de teléfono: _____

4.16 ¿Ud. vive con su niño o niña? MARCAR

SI NO

4.17 Datos del padre

Nombre: _____

Apellido Paterno: _____

Apellido Materno: _____

Fecha Nacimiento: _____

Edad (años): _____

Número de teléfono: _____

4.18 ¿Ud. vive con su niño o niña? MARCAR

SI NO

V. DATOS DE LA GESTANTE

6277362 Código

ERICKA ALICOLA Nombre

HABU Apellido Paterno

JULIANA Apellido Materno

090807 Fecha Nacimiento

14 Edad (años)

Número de teléfono: _____

En caso de ser adolescente, registrar los datos de su cuidador principal, en la sección IV.

5.1 Cuando es el Fecha de Última Menstruación-FUM (este dato debe ser corroborado con el carné de control perinatal)

220721 Fecha



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE LA FAMILIA - SAF

Unidad Territorial: LA LIBERTAD
Comité de Gestión: TRABAJANDO RPO LOS NIÑOS

Yo, ESTHER Villanueva ZavaleTA, identificado con DNI N° 12.96.0929,
domiciliado en Casero Chual (padre/madre/Cuidador
principal) Cuidador principal de la niña o el niño Enfo Negro Solares
mediante el presente documento, acepto voluntariamente participar en la prestación de los servicios del
Servicio de Acompañamiento a Familias de manera presencial y me comprometo a cumplir con las
medidas de seguridad sanitaria de acuerdo con las disposiciones establecidas por el Gobierno
Nacional.

Del mismo modo, me comprometo a lo siguiente:

- Informar a la Facilitadora en caso mi niña/niño se encuentre enferma(o), o haya estado en contacto con personas con COVID-19, con el fin de poder reprogramar la visita presencial.
- Estar protegido o inmunizado con las vacunas contra la COVID-19, (mínimo 02 dosis)¹.
- Cumplir con los protocolos de implementos sanitarios y protección contra la COVID-19, mientras dure la visita presencial realizada por la facilitadora.

Distrito de Agallpampa, 01-9- del 2022

Firma de la madre/padre o cuidador (a) principal
DNI N° 12.96.0929



**PERÚ**Ministerio de Desarrollo
e Inclusión SocialViceministerio
de Prestaciones SocialesPrograma Nacional
CUNA MÁS

	FORMATO	Código	UTAI-FR-12
	CARTA DE COMPROMISO DE LA GESTANTE - SAF	Versión	00
		Página	1 de 1

(A ser suscrita por la usuaria gestante y/o madre, padre o familiar responsable de la gestante si es adolescente y/o tiene alguna discapacidad, posterior a la sensibilización sobre el servicio a recibir y los compromisos a asumir como familia usuaria del PNCM)

Departamento: LA LIBERTAD Provincia: OTUSCO Distrito: AGALLANPA
Centro Poblado: CHVAL Unidad Territorial: LA LIBERTAD
Comité de Gestión: TRABASANDO POR LOS NIÑOS

Yo, Erika Huguí Salán, identificada con DNI N° 60284813, domiciliada en Casero Chval, siendo gestante, mediante el presente documento me comprometo a:

- Mantendrá un comportamiento de respeto hacia los actores comunales y al equipo técnico del Programa Nacional Cuna Más.
- Asistirá al total de Controles Prenatales de acuerdo con las citas programadas según los meses de embarazo, según normativa vigente y entregará (de forma física o digital) al Programa la Tarjeta de Control para que se verifique la asistencia y registre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Entregará (de forma física o digital) al Programa el resultado del dosaje de hemoglobina que se me haya realizado durante el Control Prenatal en el Establecimiento de Salud de acuerdo a la normativa vigente del ente rector.
- Informaré al Programa el cumplimiento de los exámenes auxiliares (VIH, sífilis, onna y hemoglobina) que me hayan realizado en el establecimiento de salud.
- Consumiré diariamente los suplementos con hierro y ácido fólico que me entregan durante mi atención recibida en el Establecimiento de Salud de acuerdo con la normativa vigente del MINSA y en los días de la visita esperaré a la facilitadora para el consumo y autorizo que observe su consumo.
- En caso se me haya diagnosticado anemia durante el embarazo, cumpliré con el tratamiento e indicaciones respectivas que me brinden en el Establecimiento de Salud y en los días de la visita la facilitadora observará el consumo correspondiente.
- Recibiré en mi domicilio al/la Facilitador/a una vez a la semana según la fecha y hora coordinada previamente.
- En caso la gestante presente alguna discapacidad se comprometo a realizar las acciones necesarias para tramitar certificado de discapacidad ante las instancias correspondientes (MINSA - CONADIS).

Para el caso de contextos no presenciales considerar complementariamente:

- Brindaré información sobre consumo de suplementos con hierro y ácido fólico a través de llamada telefónica y/o medios remotos disponibles al Programa.
- Participaré de las actividades dispuestas por el programa utilizando los medios remotos disponibles.

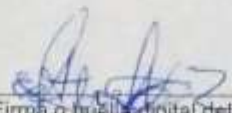
Consecuencia del incumplimiento de compromisos

- Mediante la presente carta me comprometo a cumplir con lo establecido por el Programa y en caso de incumplimiento declaro que asistiré a las reuniones convocadas por el Comité de Gestión o equipo técnico para explicar el motivo y en caso de ser reiterativo el incumplimiento aceptaré las medidas adoptadas por el Programa.

Fecha: 01/04/2022


Firma o huella digital de la Gestante:

DNI 60284813


Firma o huella digital del Padre/Madre/
(Gestante menor de edad)

DNI 17960972





PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

SIS Seguro
Integral
de Salud

CONSULTAS EN LÍNEA

Verifique su condición de asegurado en:

SISGRATUITO - SISINDEPENDIENTE - SISPARATODOS - SISEMPRENDEDOR - SISMICROEMPRESAS

Imprimir

Volver

Nueva Consulta

Página Principal

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres VILLANUEVA ZAVALETA, ESTHER

Documento de Identidad DNI 17960972

DATOS DEL SEGURO

N° de afiliación / inscripción 2-17960972

Tipo de seguro **SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)**
GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA

Tipo de asegurado TITULAR

Tipo de formato AFILIACIÓN DIRECTA

Fecha de afiliación / levantamiento 28 / 11 / 2017

Plan de Beneficios **PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS**

Establecimiento de salud 130602A201 (RENAES: 0000005318) AGALLPAMPA

Ubicación de establecimiento de salud Dpto: LA LIBERTAD - Prov: OTUZCO - Dist: AGALLPAMPA

DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Estado **ACTIVO**



SIS Seguro integral de Salud

CONSULTAS EN LÍNEA

Verifique su condición de asegurado en:

SISGRATUITO - SISINDEPENDIENTE - SISPARATODOS - SISEMPRENDEDOR - SISMICROEMPRESAS

[Imprimer](#)

Volmer

Nueva Consulta

[Página Principal](#)

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres	MAQUI JULIAN, ERICKA NICOLE
---------------------	-----------------------------

Documento de Identidad DNI 60384813

DATOS DEL SEGURO

Nº de afiliación / inscripción	2-60294813
--------------------------------	------------

Tipo de seguro **SUBSIDIADO (SI ES GRATUITO)**

LEY N° 30061 - QALI WARMA

Tipo de asegurado **TITULAR**

Tipo de formato: **RELUCCIÓN DIRECTA**

Fecha de afiliación / levantamiento	14 / 11 / 2013
-------------------------------------	----------------

Fecha de emisión / levantamiento	14/11/2013
Plan de Beneficios	FEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS

PEAS MAS PLANES COMPLEMENTARIOS
1306024201 (RENAES: 000005318) AGALLPAMPA

Ubicación de establecimiento de salud Dpto: LA LIBERTAD - Prov: OTUZCO - Dist: AGALLPAMPA

DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Estado	ACTIVO
--------	--------



PERÚ

Ministerio de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS



CARNÉ DE CONTROL MATERNO PERINATAL

Establecimiento:

C. Aguilera

Erika Nicol Magui Julian

APELLIDOS Y NOMBRES

No. HC

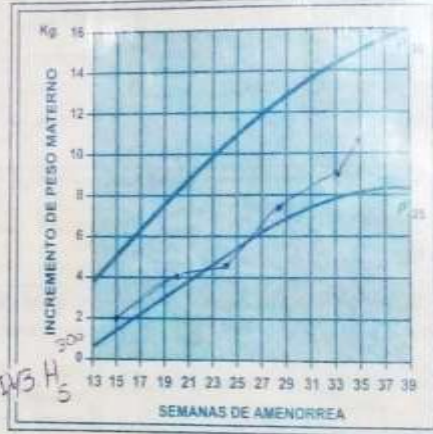
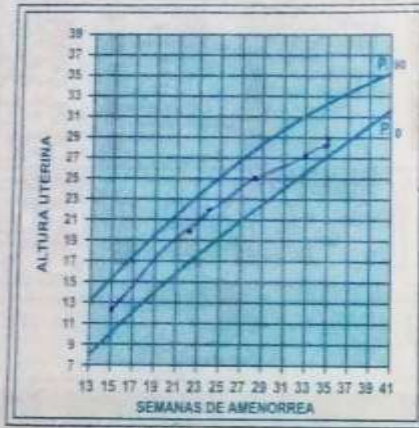
CITA DE CONTROL

ANO	MES	DIA	ANO	MES	DIA
2021	11	05	2022	04	14
2021	12	11			
2022	01	11			
2022	02	11			
2022	03	13			
2022	03	23			

CUMPLE CON LAS CITAS

Señales de Peligro:

- Vomito exagerado.
- Salida de sangre o liquido por su vagina.
- Fiebre o escalofofríos.
- Hinchazon de cara, manos, pies, dolor de cabeza, dolor abdominal.
- Zumbido de oídos, Vision Borrosa.
- Disminucion de movimientos del bebé



ATENCIÓNES PRENATALES	ATENCIÓN 1	ATENCIÓN 2	ATENCIÓN 3	ATENCIÓN 4	ATENCIÓN 5	ATENCIÓN 6	ATENCIÓN 7	ATENCIÓN 8	ATENCIÓN 9
Fecha y hora atención	24/01/21	20/02/21	20/02/21	11/01/22	13/2/22	13/3/22	29/09/22		
Edad Gest. (semanas)	10.5m	15.5m	22.5m	24.5m	28.5m	33.5m	35.5m		
Peso madre (kg)	43.500	45 kg	47 kg	47.5	51	52.2	54.400		
Temperatura (°C)	36	36	36	36	36.9	36.3	36		
Presión arterial (mm. Hg)	80/60	108/60	90/60	100/60	98/58	105/60	105/60		
Pulso materno (por min)	84	80	82 x'	89	82 x'	70 x'	86 x'		
Altura Uterina (cm)	19	12 cm	20 cm	22 cm	25 cm	27 cm	28 cm		
Situación (L/T/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	P	L		
Presentación (C/P/T/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	P	P		
Posición (D/S/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	T	T		
F.C.F. (por min. NA)	NA	NA	142 x'	150 x'	148 x'	132-140	140		
Mov. fetal (x=10-150/min)	NA	NA	11/11	11/11	11	11	11		
Proteinuria Cualitativa	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH		
Edema	SE	SE	SE	SE	SE	SE	SE		
Reflejo Rotulotendinoso	++	++	++	++	++	++	++		
Examen de Pezón	NE	NE	NE	NE	NE	NE	NE		
Indic. Piel: Ac. Fólico	ND	SP1	SP2	SP3	SP4	SP5	SP6		
Indic. Calcio	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND		
Indic. Ac. Fólico	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Orient. Consejo	VIH	TS	DP	DP	DP	DP	DP		
ES de Eco. Control	SS	SS	SS	SS	SS	SS	SS		
Perfil Bioquímico (A, B, C, D)	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND		
Cite (a/m/d)	5/10/21	11/12/21	11/01/22	11/2/22	13/03/22	21/03/22	19/04/22		
Visita domicil. (Si/No/NA)	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Plan Parto	SI	NO	NO	NO	NO	NO	NO		
Estad. de la atención	CS Aguilera	CS Aguilera	CS Aguilera	CS Aguilera	CS Aguilera	CS Aguilera	CS Aguilera		
Responsable atención	Mrs. Viana	Mrs. Viana	Mrs. Viana	Mrs. Viana	Mrs. Viana	Mrs. Viana	Mrs. Viana		
Mrs. Formado SIB	19056312	1920145	2006673	2006673	1954333	2012491	1457092		