Firmado digitalmente por MESCO QUILLAHUAMAN Lina Gladys FAU 20546537782 soft
Cargo: Jefe(A) De Unidad Territorial(E)
Motivo: Por encargo
Fecha: 13.01.2023 11:05:48 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

San Sebastian, 13 de Enero del 2023

OFICIO N° 000004-2023-MIDIS/PNCM-UTCUSC

Señor:
Eliazer Cueto Vera Campos
Responsable Regional del Equipo Técnico
Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana Sede Regional Cusco
Presente. -

Asunto : Caso N° 231-2022-CTVC/CUS
Referencia : OFICIO N° 138-2022-CTVC/CUSCO

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 29 de diciembre del 2022, la Unidad Territorial Cusco del Programa Nacional Cuna Mas, recibió la alerta registrada como Caso N° 0231-2022-CTVC/CUS, referida al funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno del Comité de Gestión "Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay" cuya veeduría se realizó el 22 de noviembre del 2022.

TERCERO: Al respecto, es preciso señalar que el Servicio Cuidado Diurno del Comité de Gestión "Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay", está ubicado en el Distrito de Lamay, Provincia de Lamay; este comité de gestión viene atendiendo de manera ininterrumpida a 138 niñas y niños.

CUARTO: Teniendo en consideración lo antes señalado, y en respuesta a los puntos críticos que recoge el aludido caso reportado por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana se precisa lo siguiente:

DEL PUNTO CRÍTICO:

1. ***CIAI NO CUENTA CON DOCUMENTOS DE INSCRIPCION DEL NIÑO.***

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Durante la veeduría se observó que los legajos de documentos no se encuentran actualizados como tarjeta control CRED, Tamizaje de Hemoglobina y vacunas. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE-379-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva denominada "Afiliación y egreso de las usuarias y los usuarios a los servicios del Programa Nacional Cuna Más". Numeral 4.2 Lineamientos que regulan los criterios de afiliación de las usuarias y los usuarios a los servicios del PNCM.

El punto crítico se considera **FUNDADO**.

En cumplimiento de la RDE N° 379-2022 "AFILIACIÓN Y EGRESO DE LAS USUARIAS Y LOS USUARIOS A LOS SERVICIOS DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS", en el numeral 4.2 Lineamientos que regulan los criterios de afiliación de las usuarias y los usuarios a los servicios del PNCM se encuentra enmarcada a la Estrategia de Gestión Territorial "Primero la Infancia", por la cual el PNCM conduce e implementa el proceso de afiliación de usuarios, donde indica que toda documentación se debe recabar al momento de ingreso del niño/a al servicio; también cita el numeral 5.1.3, empadronamiento de usuarias/os y solicitud de documentación, donde la/el AT o quien haga sus veces, es el responsable del empadronamiento de usuarias/os, y validación de los documentos presentación según formato "Ficha Familiar de Empadronamiento de la Usuaria/o – SCD" de manera oportuna al momento de la captación de nuevos usuarios.

En la reunión de seguimiento y compromisos con el Acompañante Técnico (Anexo N° 1); se logra la organización de los legajos documentarios de los niños y niñas usuarios de las salas de bebes y gateadores, así como las salas de caminantes y exploradores; completando, actualizando y evidenciando la existencia de la documentación según directiva: Ficha de registro de usuarios y actoras/es comunales, copia de DNI de la niña o niño, copia de DNI de los padres o tutores, copia del carné de atención integral de salud de la niña o niño (CRED), Declaración Jurada del padre o madre o solicitante en la que señala si la niña o niño se encuentra afiliado/a algún sistema de aseguramiento de Salud (SIS, ESSALUD, otros) o que la afiliación se encuentra en trámite, Carta de compromisos de la familia, Resultado de dosaje de hemoglobina de la niña o el niño, Autorización de recojo de la niña y el niño, Autorización de los padres de familia o tutores de niñas y niños que asisten al SCD para la administración de suplementos de hierro durante la permanencia en el servicio, Declaración jurada de domicilio y trabajo y tarjetas control CRED. Posterior a la revisión se logra el compromiso de parte del Acompañante Técnico la actualización permanente según corresponda y en cumplimiento de la directiva de afiliaciones. Se adjunta como evidencia por muestreo un legajo de bebes y gateadores, asi como un legajo de caminantes y exploradores. (Anexo N° 2 y Anexo N° 3)

2. ***NO SE PRACTICA LA HIGIENE BUCAL DE LOS NIÑOS EN EL CIAI.***

Durante la veeduría se observó que los niños no realizan dicha actividad después de consumir sus alimentos. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE-56-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva "Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más", versión 0. Numeral 4.1.63 Momentos de Cuidado, Cepillado de dientes: La práctica del cepillado

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

de dientes de las niñas y niños en el CIAI, se desarrolla después del almuerzo con el acompañamiento de la madre cuidadora o madre guía a fin de contribuir con su buena salud bucal.

El punto crítico se considera **INFUNDADO**.

Según la RDE N° 056-2022 "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS" en el numeral 5.1.1 Jornada diaria: Organización de los momentos de cuidado y juego y las actividades de higiene, como cepillado de dientes en el CIAI debe ser una práctica permanente, principalmente en los momentos clave, en el Centro Infantil de Atención Integral se ***desarrolla después del almuerzo,*** donde la Madre Cuidadora hará uso de Cepillo dental personal, pasta dental y agua segura. De no contar con agua potable en el CIAI se acondicionará balde con caño y pedestal para la provisión de agua a chorro.

Asi mismo la misma directiva refiere; en el punto: ***4.1.63. Momentos de Juego****; en el item de* ***Higiene*** *y sub ítem* ***Cepillado de dientes:*** *La práctica del cepillado de dientes de las niñas y niños en el CIAI, se desarrolla después del almuerzo con el acompañamiento de la madre cuidadora o madre guía a fin de contribuir con su buena salud bucal.*

Es necesario aclarar que la veeduría se realizó en las primeras horas de la prestación del servicio, por lo que la persona representante del CTVC, solo evidencio el consumo del refrigerio de la mañana y no asi el almuerzo, desde el programa el lavado dental es una práctica para promover hábitos saludables, y se programa esta actividad después del consumo del almuerzo (no en todos los alimentos) por el tiempo que demanda; es por ello que después del consumo del primer refrigerio no se realizó esta práctica pero si posterior al consumo del almuerzo como se evidencia en las fotografías adjuntas en Anexo N° 4. Por otro lado como medida preventiva se realiza una reunión de reforzamiento de la importancia de esta práctica a las Madres Cuidadoras por parte del Acompañante técnico como figura en el Anexo N° 6.

3. ***ACTOR COMUNAL DEL CIAI NO CUMPLE CON LA PRACTICA DEL LAVADO DE MANOS***
   Durante la veeduría se observó que los niños no realizan dicha actividad después de consumir sus alimentos. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE000056-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva "Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más", versión 0. Numeral 4.1.63 Momentos de Cuidado, Lavado de manos: La práctica del lavado de manos de las niñas y niños en el CIAI, se desarrolla en los momentos claves con el acompañamiento de la madre cuidadora o madre guía a fin de contribuir con la prevención de enfermedades como diarreas, parasitosis, IRAS, COVID19 y otras.

El punto crítico se considera **FUNDADO**

Según la RDE N° 056-2022 "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS" en el numeral 5.1.1 Jornada diaria: Organización de los momentos de cuidado y juego y las actividades de higiene, el lavado de manos debe ser una práctica permanente, con suficiente jabón y agua a chorro mínimamente 20 segundos, principalmente

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

en los momentos clave, como: Al llegar al CIAI, Antes de comer y dar de comer, Antes de suministrar suplemento de hierro, después de usar el baño, después de cambiar el pañal, después de jugar, después de recoger objetos del suelo y después de realizar actividades de limpieza.

Ante el hallazgo como medica correctiva se ha realizado una reunión de fortalecimiento y generación de compromisos para el cumplimiento estricto de la práctica de lavado de manos en momentos claves como indica la directica de Prestación del Servicio de Cuidado Diurno, lo cual se evidencia en el acta de reunión adjunto como Anexo N° 6.

4. ***CIAI TIENE PRODUCTOS DE LA MOCHILA DE EMERGENCIA CON FECHA VENCIDA.***
   Durante la veeduría se observó las mochilas de emergencia contenían productos vencidos como el agua y el paracetamol; Además luego de la observación la madrea guía llamo al CG y envió productos nuevos para reemplazarlos en las mochilas de emergencia. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE-56-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva "Prestación del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más", versión 0. Numeral. 4.3.5 Equipamiento. d. Cada Centro Infantil de Atención Integral (CIAI) cuenta con mochila de emergencia por cada MC, que permita asistir a las niñas y niños que no sean recogidos por sus padres las primeras horas posterior a la afectación del CIAI por un evento adverso natural o provocado por el ser humano (incendio, sismo de gran magnitud, inundaciones u otros) (Anexo 14). La mochila deberá estar ubicado en un lugar visible, bajo sombra, sin humedad y cerca de la puerta de evacuación

El punto crítico se considera **FUNDADO**

Según la RDE N° 056-2022 "PRESTACIÓN DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS" en el numeral 4.3.5 Equipamiento, Cada Centro Infantil de Atención Integral (CIAI) cuenta con mochila de emergencia por cada MC, que permita asistir a las niñas y niños que no sean recogidos por sus padres las primeras horas posterior a la afectación del CIAI por un evento adverso natural o provocado por el ser humano (incendio, sismo de gran magnitud, inundaciones u otros). Al respecto el Acompañante Técnico a través de una reunión de reforzamiento brinda información a los Actores Comunales y Junta directiva donde se debe realizar la verificación de la vigencia y cantidad de los insumos en forma periódica y según los insumos contemplados en la directiva como figura en el Anexo N° 6.

Respecto a los insumos vencidos se ha realizado la reposición tanto el paracetamol y agua el mismo día de la veeduría, se adjuntan fotos en Anexo N° 5.

CONCLUSIONES

De las observaciones realizadas por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Cusco, del Caso N° 232-2022-CTVC/C, se precisa:

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

- Los puntos críticos 01, 03, y 04 se consideran **FUNDADOS,** en coherencia a los criterios técnicos establecidos por el Programa.
- El punto crítico 02 se considera **INFUNDADO,** en coherencia a los criterios técnicos establecidos por el Programa.

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

Atentamente,

DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE
LINA GLADYS MESCO QUILLAHUAMAN
UNIDAD TERRITORIAL CUSCO(e)
Programa Nacional Cuna Más

Se adjunta:

- *Anexo N° 1: Acta de reunión con Acompañante Técnico del comité de gestión Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay.*
- *Anexo N° 2: Legajo documentario como muestra de un usuario de la sala de bebes y gateadores.*
- *Anexo N° 3: Legajo documentario como muestra de una usuaria de la sala de caminantes y exploradores.*
- *Anexo N° 4: Fotografías de la práctica de Higiene dental de los niños y niñas del CIAI Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay*
- *Anexo N° 5: Fotografías de los insumos actuales en las mochilas de emergencias con recambio correspondiente*
- *Anexo N° 6: Acta de reunión con Actores comunales y Junta directiva de comité de gestión Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay.*

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 1: **Acta de reunión con Acompañante Técnico del comité de gestión Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay.**

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	1 de 2

TEMA:	Reunión con Acompañante Técnico del CG Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay
FECHA:	Cusco, 05 de enero del 2023
LUGAR:	Distrito de Lamay
PRESIDE:	Irma Luque Mamani

Participantes: Acompañante Técnico y Especialista Integral

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO / UNIDAD	FIRMA
1	Fidel Paucar Huaman	Acompañante Técnico	
2	Irma Luque Mamani	Especialista Integral	

Agenda: Reunión de seguimiento y organización de legajos documentarios de afiliación de usuarios al servicio de cuidado diurno en el comité de gestión Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay.

Acuerdos:

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA PROPUESTA
1.-Al momento de realizar las afiliaciones de usuarios al Servicio, se debe solicitar la siguiente documentación: Ficha de registro de usuarios y actoras/es comunales, copia de DNI de la niña o niño, copia de DNI de los padres o tutores, copia del carné de atención integral de salud de la niña o niño (CRED), Declaración Jurada del padre o madre o solicitante en la que señala si la niña o niño se encuentra afiliado/a algún sistema de aseguramiento de Salud (SIS, ESSALUD, otros) o que la afiliación se encuentra en trámite, Carta de compromisos de la familia, Resultado de dosaje de hemoglobina de la niña o el niño, Autorización de recojo de la niña y el niño, Autorización de los padres de familia o tutores de niñas y niños que asisten al SCD para la administración de suplementos de hierro durante la permanencia en el servicio, Declaración jurada de domicilio y trabajo.	Acompañante Técnico y Madres Cuidadoras.	Permanente
2.- Actualizar legajos documentarios de manera mensual de todos las niñas y niños del comité de gestión.	Acompañante Técnico y Madres Cuidadoras.	Permanente

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	2 de 2

Observaciones:

- Durante la visita de seguimiento, se logra evidenciar que cuentan con la información de los controles de CRED, Tamizaje de Hemoglobina y vacunas en un formato adicional creado por el anterior Especialista Integral para seguimiento de los actores comunales, por tanto, se realiza la reorganización de los legajos según indica la RDE-056-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva denominada "Afiliación y egreso de las usuarias y los usuarios a los servicios del Programa Nacional Cuna Más". Numeral 4.2 Lineamientos que regulan los criterios de afiliación de las usuariasy los usuarios a los servicios del PNCM.

Próxima Reunión: ...08/02/2023....

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 2: Muestra de la documentación para la afiliación de usuarios (bebes y gateadores)

	FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD – SAF	Código	UTAI-FR-201
		Versión	00
		Página	Página 1 de 5

I. DATOS GENERALES

1.1 Servicio: SAF [X] SCD

1.2 Fecha de empadronamiento: 30 (Día) 05 (Mes) 22 (Año)

1.3 Datos del Acompañante Técnico

2146	Fidel Paucar Huaman
Código Acomp. Técnico	Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico
123	Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay
Código C.G.	Nombre CG

1.4 Datos del Actor Comunal a cargo

4570902	Sayda Hermoza Pizarro
Código Madre Cuidadora o Facilitador/a	Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitador/a

1.5 Para el caso del SCD

CIAI	MÓDULO
Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay	11306

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

2.1 Ubicación de la vivienda

Cusco	Calca
Departamento	Provincia
Lamay	Lamay
Distrito	Centro Poblado (CCPP)
080 CUS	Cusco
Código UT	Unidad Territorial

C.C. Lamay Qosqo
Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera

Tipo:	1	2	3	4	5	6
	Avenida	[X] Calle	Jirón	Pasaje	Carretera	Otro

Calle Santa Rosa
Nombre de la vía

Nº de puerta | Bloque | Interior

Piso | Manzana | Lote | Kilómetro

Pista Principal
Referencia

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS

3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑA/O 1

6301690	Felix
Código	Nombres
Vasquez	Huaman
Apellido Paterno	Apellido Materno

30 11 21	07	[X] Masculino / Femenino
Fecha Nacimiento	Edad Meses	Sexo

3.2 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite)	[X] SI	No
3.3 (Si responde SI en la 3.2) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	92647062	
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		Carné de Extranjería
4		Cédula de Identificación
5		Carné de Permiso Temporal de Permanencia

3.6 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?

1		EsSalud
2		Seguro de Salud de FF.AA. – P.N.P.
3		Seguro Privado
4	X	Seguro Integral de Salud (SIS)
5		Aseguramiento Universal en Salud (AUS)
6		Otro (Especifique: _____)
7		Ninguno

3.7 Código de Afiliación al Seguro de Salud	42647062	
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende		
3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	[X] Sí	No
3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?	Sí	[X] No
3.11 ¿El/la 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)	[X] Sí	No

	Tiene documento		
	Sí	No	En caso de "Sí", ¿cuántas?
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?			
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	[X] Sí	No	12
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	[X] Sí	No	08

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 usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"
2	X	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD – SAF	Código	UTAI-FR-201
		Versión	00
		Página	Página 1 de 5

I. DATOS GENERALES

1.1 Servicio: SAF [ ] SCD [X]

1.2 Fecha de empadronamiento: 30 (Día) 05 (Mes) 22 (Año)

1.3 Datos del Acompañante Técnico

2146	Fidel Paucar Huaman
Código Acomp. Técnico	Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico
123	Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay
Código C.G.	Nombre CG

1.4 Datos del Actor Comunal a cargo

4570902	Sayda Hermoza Pizarro
Código Madre Cuidadora o Facilitador/a	Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitador/a

1.5 Para el caso del SCD

CIAI	MÓDULO
Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay	11306

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

2.1 Ubicación de la vivienda

Cusco	Calca
Departamento	Provincia
Lamay	Lamay
Distrito	Centro Poblado (CCPP)
080 CUS	Cusco
Código UT	Unidad Territorial

Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera: C. C. Lamay Qosqo

Tipo:	1 Avenida	2 Calle [X]	3 Jirón	4 Pasaje	5 Carretera	6 Otro

Nombre de la vía: Calle Santa Rosa

Nº de puerta: | Bloque: | Interior:

Piso: | Manzana: | Lote: | Kilómetro:

Referencia: Pista Principal

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS

3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑA/O 1

6301690	Felix
Código	Nombres
Vasquez	Huaman
Apellido Paterno	Apellido Materno

30 11 21	07	Masculino [X] / Femenino
Fecha Nacimiento	Edad Meses	Sexo

3.2 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite)	Sí [X]	No

3.3 (Si responde SI en la 3.2) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	92647062
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		Carné de Extranjería
4		Cédula de Identificación
5		Carné de Permiso Temporal de Permanencia

3.6 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?

1		EsSalud
2		Seguro de Salud de FF.AA. – P.N.P.
3		Seguro Privado
4	X	Seguro Integral de Salud (SIS)
5		Aseguramiento Universal en Salud (AUS)
6		Otro (Especifique:)
7		Ninguno

3.7 Código de Afiliación al Seguro de Salud	42647062	
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende		
3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	Sí [X]	No

3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?	Sí	No [X]
3.11 ¿El/la 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 [X]	No

	Tiene documento Sí	Tiene documento No	En caso de "SI", ¿cuántas?
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?			
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	Sí [X]	No	12
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	Sí [X]	No	08

3.15 ¿El/la niño/a tiene alguna discapacidad?

1		SI → Una vez completada la presente ficha, llenar el Anexo N°10 del formato "Ficha de Información de usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"
2	X	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

PERÚ Ministerio de Salud

CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DEL NIÑO MENOR DE 5 AÑOS

RED CUSCO NORTE

N° DE HISTORIA CLINICA: 2780-C.

Código de Afiliación: 110-2-92647062

Nombre del Niño: Felix Vasquez Huaman

Fecha de Nacimiento: 30-11-2021 DNI:

Nombre de la Madre: Sonia Huaman DNI: 77170242

Nombre del Padre: Nilo Vasquez P. DNI: 71508288

Dirección: Zamay Qosqo.

Lugar de Atención: C.S. Iamay Teléfono: 988092258

VACUNARLO ES UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL

VACUNA

OTRO

Anotar Fechas

BCG (TUBERCULOSIS) (RN): 30-11-2021

HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN): 30-11-2021

ANTIPOLIO

1° dosis (2 meses) (N° IPV): 31-01-22

2° dosis (4 meses) (N° IPV): 31/3/22

3° dosis (6 meses) (4AÑ. APO): 30/05/24

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)

1° dosis (2 meses): 31-01-22

2° dosis (4 meses): 31/3/22

3° dosis (6 meses): 30/05/24

NEUMOCOCO

1° dosis (2 meses): 31-01-22

2° dosis (4 meses): 31/3/22

3° dosis (12 meses): 30/05/22

ROTAVIRUS

1° dosis (2 meses): 31/01-22

2° dosis (4 meses): 31/3/22

INFLUENZA

1° dosis (7 meses): 30/3/22

2° dosis (8 meses): 02/07/2022

1 Año | 2 Años | 3 Años | 4 Años

SPR (SARAMPIÓN, PAPERA, RUBÉOLA)

1° dosis (12 meses): 30/11/22

2° dosis (18 meses):

ANTIAMARÍLICA (15 meses):

REFUERZOS

1° Ref. DPT (18 meses):

2° Ref. DPT (4 años):

1° Ref. Antipolio (18 meses):

2° Ref. Antipolio (4 años):

OTRAS VACUNAS

Ganancia adecuada | Ganancia inadecuada

Fecha	Edad	N° Control	Peso	Condición / Ganancia	Talla	Condición / Ganancia	Perímetro cefálico	Cita
31-12/21	1	1	4.00	N	52	N	37	30-01
31/1/22	2	2	5.270	D	56.1	D	38.9	30/02
1/03/22	3	3	6.00	N	59.2	N	39.2	01/0
31/3/22	4	4	6.695	D	62.5	D	42.4	31/0
30/4/22	5	5	7.420	D	64.3	N	42.8	30/05
30/5/22	6	6	7.50	D	65.8	D	43.3	30/0
2/6/22	7	7	7.780	●	66.8	●	44	30/
30/7/22	8	8	8.00	○	68.8	○	45	30/8
31/8/22	9	9	8.190	○	70.0	○	45.2	30/9
30/9/22	10	10	8.490	○	70.6	○	45.4	30/10
31/10/22	11	11	8.635	○	71.5	○	46.5	30/11
30/11/22	12	12	8.825	○	72.1	○	47.4	30/12
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		
				○		○		

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO AFILIACIÓN DE LA NIÑA/O A ALGÚN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (SIS, ESSALUD, OTROS)	Código	UTAI-FR-196
		Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
CIAI: Asociación de tejedoras Santa Rosa de Lamay

Yo.....Sonia Huaman Huaman....., identificada(o) con DNI N°...77.17.0442....., y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N°.....—....., en mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) .....Madre..... de la niña(o) .....Felis Nazareth Huaman.....Huaman....., que mi hija/o, se encuentra afiliado al siguiente sistema de salud (marque la/s opción/es que corresponda/n):

- [x] Se encuentra afiliada/o al SIS
- [ ] Se encuentra afiliada/o a EsSalud
- [ ] Se encuentra afiliada/o a seguro de Fuerzas Amadas y Policiales
- [ ] Se encuentra afiliada/o a un seguro de salud privado (especifique) .....—.....
- [ ] No tiene ningún seguro de salud
- [ ] Su afiliación a un seguro de salud está en trámite(especificar) .....—.....

Asimismo, adjunto la evidencia correspondiente (fotografía o fotocopia)

De no estar afiliado a ningún sistema de salud me comprometo a continuar con los trámites hasta obtener la afiliación a algún sistema de aseguramiento en salud (SIS, ESSALUD, otros).

Lugar y fecha: ...03..05..22.....

Sonia Huaman Huaman

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal

Huella digital

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

CONSULTA AL REGISTRO DE AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

De acuerdo a la información reportada por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, el(la) Sr.(Sra.):

VASQUEZ HUAMAN, FELIX

Con documento de identidad **DNI N° 92647062**, se encuentra afiliado(a) al Aseguramiento Universal en Salud contando con la cobertura mínima del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

Afiliaciones del Asegurado

NOMBRE DE IAFAS	REGIMEN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIPO DE PLAN DE SALUD	ESTADO
SIS	SUBSIDIADO	10/12/2021		PEAS Y COMPLEMENTARIO	ACTIVO

Siendo las 11:01 a.m. del día jueves 05 enero 2023, se expide la presente para los fines de lo dispuesto en el D.L. N° 1163, D.L. N° 1164, Decreto Supremo N° 034-2010-SA y normas complementarias y modificatorias.

CODIGO DE OPERACIÓN N° 0210824273

Para recibir las prestaciones de salud que correspondan a su derecho, el afiliado deberá cumplir las condiciones estipuladas con sus respectivas IAFAS.

Para comprobar la validez de esta información debe ingresar el Código de operación en la siguiente dirección web: http://app1.susalud.gob.pe/registro/

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

CONSULTA AL REGISTRO DE AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

De acuerdo a la información reportada por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, el(la) Sr.(Sra.):

HUAMAN HUAMAN, SONIA

Con documento de identidad **DNI N° 77170242**, se encuentra afiliado(a) al Aseguramiento Universal en Salud contando con la cobertura mínima del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

Afiliaciones del Asegurado

NOMBRE DE IAFAS	REGIMEN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIPO DE PLAN DE SALUD	ESTADO
SIS	SUBSIDIADO	02/11/2011		PEAS Y COMPLEMENTARIO	ACTIVO

Siendo las 11:00 a.m. del día jueves 05 enero 2023, se expide la presente para los fines de lo dispuesto en el D.L. N° 1163, D.L. N° 1164, Decreto Supremo N° 034-2010-SA y normas complementarias y modificatorias.

CODIGO DE OPERACIÓN N° 0210824197

Para recibir las prestaciones de salud que correspondan a su derecho, el afiliado deberá cumplir las condiciones estipuladas con sus respectivas IAFAS.

Para comprobar la validez de esta información debe ingresar el Código de operación en la siguiente dirección web: http://app1.susalud.gob.pe/registro/

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO CARTA DE COMPROMISO DE LA FAMILIA - SCD	Código	UTAI-FR-02
		Versión	00
		Página	1 de 2

(A ser suscrita por la madre, padre o tutor o cuidador principal responsable de la niña o niño, posterior a la sensibilización sobre el servicio a recibir y los compromisos a asumir como familia usuaria del PNCM)

Unidad Territorial: Cosco
Comité de Gestión: Asociación de tejedoras santa Rosa de Lamay
CIAI: Lamay

Yo, Santa Huaman Huaman, identificado con DNI N° 77170298 domiciliado en Calle encuentro, (padre/madre/Cuidador principal) Madre de la niña o el niño Felix Vasquez Huaman, mediante el presente documento me comprometo a:

- Mantendré un comportamiento de respeto hacia los actores comunales y al equipo técnico del Programa Nacional Cuna Más.
- Brindaré información actualizada (número de teléfonos, dirección de la vivienda donde resido, tener dos o más personas autorizadas para el recojo) para la atención de la niña o niño en caso se presente alguna emergencia que afecte su salud. Si hubiera algún cambio, lo reportaré inmediatamente.
- Comunicaré al Comité de Gestión o Acompañante Técnico cuando decida que mi niña o niño no continue en el programa, indicando los motivos en el cuaderno de ocurrencias y/o en el Formato "Declaración Jurada de retiro del PNCM de la niña o niño por decisión de la Familia".
- No realizar pago económico alguno a los actores comunales para el servicio de cuidado de mi niña o niño.
- En caso mi niña o niño presente alguna discapacidad me comprometo a realizar las acciones necesarias para tramitar su certificado de discapacidad ante las instancias correspondientes (MINSA - CONADIS).

PARA EL CASO DE CONTEXTOS PRESENCIALES:

- Entregaré mensualmente el suplemento de hierro preventivo de mi niña o niño al Servicio de Cuidado Diurno, para su consumo de acuerdo a las indicaciones por parte del Establecimiento de Salud o de ser el caso, autorizar su consumo cuando sea entregado directamente por el Establecimiento de Salud al Servicio.
- Llevaré a mi niña o niño a su Control CRED de acuerdo a su edad y entregar al Programa el Carnet de Atención Integral de Salud de la niña o niño menor de 05 años (CRED) para que se verifique la asistencia y se registre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Entregaré los resultados del dosaje de hemoglobina de mi niña o niño que se realice en el Establecimiento de Salud.
- En caso mi niña o niño no tenga anemia cumpliré con dar el suplemento de hierro durante doce (12) meses seguidos. Si mi niña o niño completó la dosis presentaré las evidencias brindadas por el personal de salud.
- En caso mi niña o niño tenga anemia solicitaré al personal de salud la información para el tratamiento con el suplemento de hierro y seguiré las indicaciones respectivas hasta culminar el tratamiento.
- Los días sábados, domingos y feriados administraré a mi niña o niño el suplemento de hierro (micronutrientes, sulfato ferroso o complejo polimaltosado) de acuerdo a las indicaciones por parte del personal de Salud.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de la "Escala de Desarrollo Infantil -ESDI", al ingreso al servicio de mi niña o niño, el cual recoge información acerca del nivel de desarrollo de las niñas y los niños. El mismo que se aplicará a su egreso de acuerdo a los criterios establecidos en el programa.
- Recibiré en mi domicilio a la Guía de Familia según la fecha y hora coordinada previamente, mínimamente 01 (una) vez en el mes, de acuerdo a las actividades del programa.
- Asistiré a las actividades individuales y grupales convocadas por el servicio y participar de manera activa en el desarrollo de las mismas.
- Llevaré y recogeré diariamente a mi niña o niño dentro del horario establecido por el Programa Nacional Cuna Más.
- Informaré oportunamente a la Madre Cuidadora en caso de inasistencia de mi niña o niño y presentar la debida justificación por la inasistencia.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

RED CUSCO NORTE

RESULTADO DE LABORATORIO
HEMOGRAMA COMPLETO

ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud - Lamay

NOMBRE: Felix Vasquez Huamán

- Recuento de Leucocitos
- Recuento de Hematies
- Hematocrito
- Hemoglobina: 11.3 18 30/11/22
- Vel. de Sedimentación: 1ra hora / 2da hora
- Perfil de coagulación: TC TS TP
- Recuento de Plaquetas
- Grupo Sanguíneo
- Factor RH
- Prueba Rápida Sifilis
- Prueba rápida VIH

- Neutrófilos ____ %
- Abastonados ____ %
- Segmentados ____ %
- Eosinófilos ____ %
- Basófilos ____ %
- Monocitos ____ %
- Linfocitos ____ %
- TOTAL ____ %

EXAMEN PARASITOLOGICO

ANÁLISIS

MUESTRA

Examen Macroscópico:

1ra Muestra

2da Muestra

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	Código	M01.UTAI.FR.192
		Versión	00
		Página	1 de 1

AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
Local del Servicio de Cuidado Diurno: Asoc. de tej. Santa Rosa de Lamay

Yo Sonia Huaman Huaman, identificado con DNI 77170242, en mi calidad de madre (X) o padre ( ) o tutor ( ) de:
1. Nilo Vasquez Huaman
2. .....

Autorizo a las siguientes personas que son mayores de edad y familiares directos:

Nº	Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección y Teléfono de contacto
1	Sonia Huaman Huaman	77170242	mamá	calle encuentro 939198866
2	Nilo Vasquez Pizarro	71503235	papá	calle encuentro 915433410
3				

Para que recoja a mi niña o niño del Servicio de Cuidado Diurno en caso se presente alguna dificultad o emergencia que no me permita recogerlo en el horario establecido para la atención. La(s) persona(s) autorizada(s) es (son) de mi confianza y velará(n) por la seguridad de mi niña o niño.

Estoy informado(a) de que en ningún caso, mi niña o niño será entregado a otra persona que no sea la autorizada por mí.

Fecha: 03/05/22

Firma Madre

Firma Padre

Acompañante Técnico

Firma de Madre Cuidadora

Firma persona autorizada (1)

Firma persona autorizada (2)

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA O CUIDADORES PRINCIPALES DE NIÑAS Y NIÑOS QUE ASISTEN AL SCD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA O TERAPÉUTICA CON HIERRO, DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA IPRESS, DURANTE LA PERMANENCIA EN EL SERVICIO. (APLICABLE EN CONTEXTOS PRESENCIALES).	Código	UTAI-FR-198
		Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
CIAI: Asociación de tejedoras Santa Rosa de Lamay.

Yo, Sonia Huaman Huaman identificada(o) con DNI No. 77170242 y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N°....., en mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) Madre de la/el niña(o) Tania Huaman Huaman teniendo conocimiento de la importancia de la prevención y/o tratamiento de la anemia, autorizo al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más a administrar y/o monitorear el consumo del suplemento con hierro, según las indicaciones del personal de Salud.

Lugar y fecha 05-09-22

Huella digital

Sonia Huaman Huaman

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador principal
N° DNI: 77170242

*Aplicable en contextos no presenciales

Toda copia de este documento que se encuentra fuera del entorno del Portal web institucional es una "COPIA NO CONTROLADA"

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SCD	Código	UTAI-FR-200
		Versión	00
		Página	1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY

Yo.....Santa.....Huaman.....Huaman.....,madre/padre/cuidador principal identificada/o con DNI N° ..3737.02.42..... y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) de la niña o niño .....Talia.....Huaman.....Huaman....., declaro bajo juramento que:

Dirección de mi domicilio:.....Calle.....encanado.....

Nombre de mi centro de Trabajo.....—.....

Dirección de mi centro de trabajo.....—.....

Días y horario de trabajo: .....—.....

Teléfono(s) de referencia en casos de emergencia:.....—.....

Con mi firma o huella digital doy conformidad de lo declarado.

Lugar y fecha....03-05-22.....

Firma o huella digital de la madre/padre/cuidador principal

*Aplicable en contextos presenciales

Av
Ce
ww

Toda copia de este documento que se encuentra fuera del entorno del Portal web institucional es una "COPIA NO CONTROLADA"

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 3: **Legajo documentario como muestra de una usuaria de la sala de caminantes y exploradores.**

	FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD – SAF	Código	UTAI-FR-201
		Versión	00
		Página	Página 1 de 5

I. DATOS GENERALES

1.1 Servicio: SAF [X] SCD [ ]

1.2 Fecha de empadronamiento: 07 08 81 (Día / Mes / Año)

1.3 Datos del Acompañante Técnico

2146	Fidel Paucar Huaman
Código Acomp. Técnico	Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico
123	Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay
Código C.G.	Nombre CG

1.4 Datos del Actor Comunal a cargo

5119364	Maritza Navidad Condori
Código Madre Cuidadora o Facilitador/a	Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitador/a

1.5 Para el caso del SCD

CIAI	MÓDULO
Asoc. Tejedoras Santa Rosa de Lamay	11300

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

2.1 Ubicación de la vivienda

Cusco	Calca.
Departamento	Provincia
Lamay	Lamay
Distrito	Centro Poblado (CCPP)
080 CUS	Cusco
Código UT	Unidad Territorial

Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera: C.C Lamay 90590.

Tipo: 1 Avenida [ ] 2 Calle [X] 3 Jirón [ ] 4 Pasaje [ ] 5 Carretera [ ] 6 Otro [ ]

Nombre de la vía: Calle los olivos

N° de puerta [ ] Bloque [ ] Interior [ ]

Piso [ ] Manzana [ ] Lote [ ] Kilómetro [ ]

Referencia: Salon comunal – Lamay 90590

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS

3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑA/O 1

4157272	Luz Anali
Código	Nombres
Condori	Apucusi

Apellido Paterno	Apellido Materno

160320	11	Masculino [ ] Femenino [X]
Fecha Nacimiento	Edad Meses	Sexo

3.2 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite)	Sí [X]	No [ ]
3.3 (Si responde Sí en la 3.2) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	91777343	
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		Carné de Extranjería
4		Cédula de Identificación
5		Carné de Permiso Temporal de Permanencia

3.6 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?

1		EsSalud
2		Seguro de Salud de FF.AA. – P.N.P.
3		Seguro Privado
4	X	Seguro Integral de Salud (SIS)
5		Aseguramiento Universal en Salud (AUS)
6		Otro (Especifique: _____)
7		Ninguno

3.7 Código de Afiliación al Seguro de Salud	91777343	
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende		
3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	Sí [X]	No [ ]
3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?	Sí [ ]	No [X]
3.11 ¿El/la 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 [X]	No [ ]

	Tiene documento		
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	Sí [X]	No [ ]	En caso de "Sí", ¿cuántas?
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	Sí [X]	No [ ]	22
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	Sí [X]	No [ ]	9

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 usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"
2	X	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD – SAF	Código	UTAI-FR-201
		Versión	00
		Página	Página 3 de 5

4.9 Código de Afiliación a Seguro de Salud	44265622

4.10 ¿Cuál es su ocupación principal?

1		Trabajador dependiente asalariado	6	X	Quehaceres del hogar
2		Trabajador independiente	7		Estudiante
3		Empleador	8		Jubilado/a
4		Servicio doméstico	9		Trabajador/a familiar no remunerado/a
5		Estoy desempleado/a	10		Sin actividad

4.11 ¿Ud. Pertenece o se siente 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	X	¿Un pueblo indígena u originario?	En caso la respuesta sea SÍ, especifique tomando en cuenta el Anexo 01. Andino
2		¿La población afroperuana, negra, morena, zamba, mulata, o afrodescendiente o parte del pueblo afroperuano?	
3		¿Otro grupo étnico?	(Especifique:)
4		No sabe/ No responde	

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

1	X	¿Quechua?
2		¿Aimara?
3		¿Asháninka?
4		¿Awajún/Aguaruna?
5		¿Shipibo-Konibo?
6		¿Shawi/Chayahuita?
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 escucha/o ni habla/o
15		No sabe/ No responde

4.13 ¿Tiene alguna discapacidad?

1		SÍ → Una vez completada la presente ficha, llenar el Anexo N°10 del formato "Ficha de información de usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"
2	X	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

Nombres
Apellido Paterno / Apellido Materno
Fecha Nacimiento / Edad (años) / Número de Documento de Identidad

Marcar Tipo de Documento de Identidad:

1		DNI (o documento que muestre que está en trámite)
2		Carné de Extranjería
3		Cédula de Identificación
4		Carné de Permiso Temporal de Permanencia

Número de teléfono 1	
Número de teléfono 2	

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

SI	NO

4.17 Datos del padre

Nombres
Apellido Paterno / Apellido Materno
Fecha Nacimiento / Edad (años) / Número de Documento de Identidad

Marcar Tipo de Documento de Identidad:

1		DNI (o documento que muestre que está en trámite)
2		Carné de Extranjería
3		Cédula de Identificación
4		Carné de Permiso Temporal de Permanencia

Número de teléfono 1	
Número de teléfono 2	

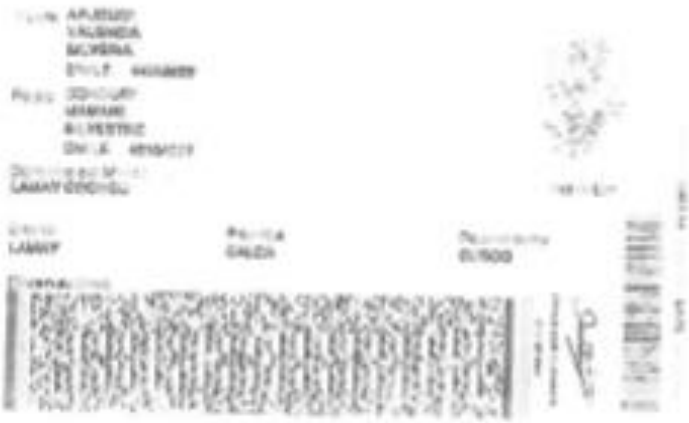
4.18 ¿Ud. Vive con su niña o niño? MARCAR

SI	NO

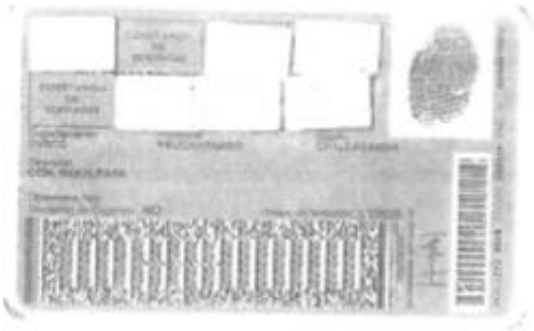
V. DATOS DE LA GESTANTE

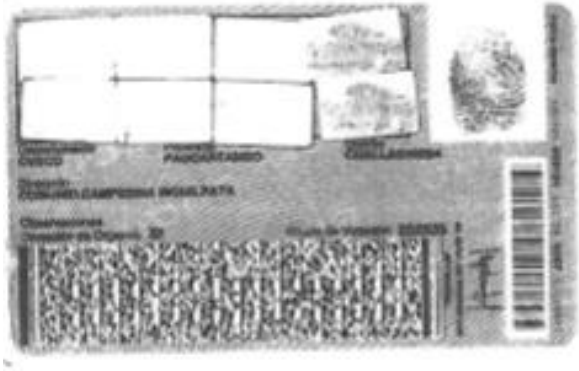
Código	Nombres
Apellido Paterno	Apellido Materno
Fecha Nacimiento	Edad (años)
Número de teléfono	

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

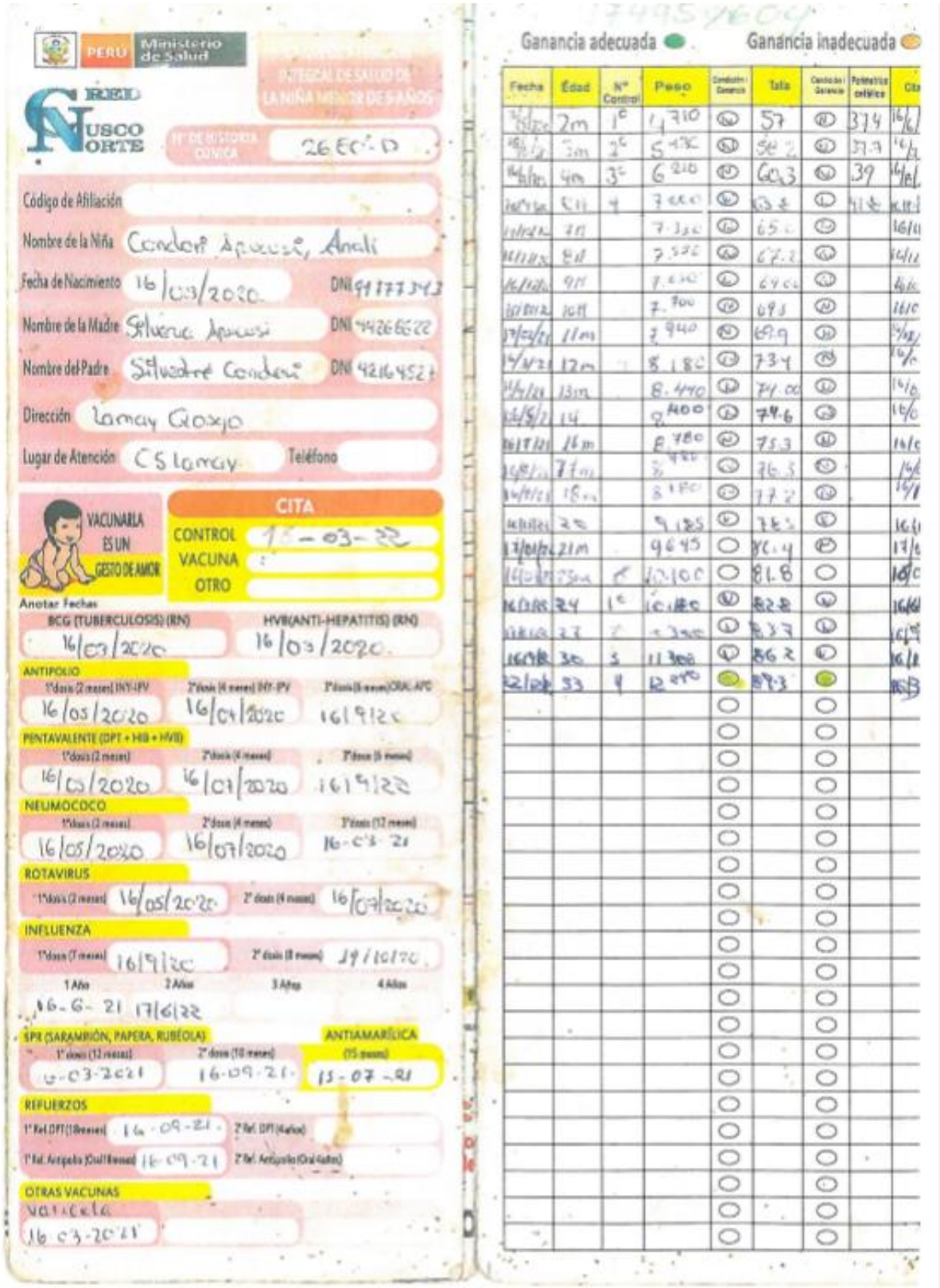


Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**





Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**



PERÚ Ministerio de Salud

RED NUSCO NORTE

INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA MENOR DE 5 AÑOS

N° DE HISTORIA CLÍNICA 26EC-D

Código de Afiliación

Nombre de la Niña Condori Apaza, Anali

Fecha de Nacimiento 16/03/2020 DNI 91777343

Nombre de la Madre Silvana Apaza DNI 94266622

Nombre del Padre Silvestre Condori DNI 42164521

Dirección Lamay Grande

Lugar de Atención CS Lamay Teléfono

VACUNARLA ES UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL 15-03-22

VACUNA

OTRO

Anotar Fechas

BCG (TUBERCULOSIS) (RN): 16/03/2020

HVB(ANTI-HEPATITIS) (RN): 16/03/2020

ANTIPOLIO

1°dosis (2 meses) INY-IPV: 16/05/2020

2°dosis (4 meses) INY-IPV: 16/07/2020

3°dosis (6 meses) ORAL-APO: 16/9/20

PENTAVALENTE (DPT + HIB + HVB)

1°dosis (2 meses): 16/05/2020

2°dosis (4 meses): 16/07/2020

3°dosis (6 meses): 16/9/22

NEUMOCOCO

1°dosis (2 meses): 16/05/2020

2°dosis (4 meses): 16/07/2020

3°dosis (12 meses): 16-03-21

ROTAVIRUS

1°dosis (2 meses): 16/05/2020

2°dosis (4 meses): 16/07/2020

INFLUENZA

1°dosis (7 meses): 16/9/20

2°dosis (8 meses): 19/10/20

1 Año: 16-6-21

2 Años: 17/6/22

3 Años

4 Años

SPR (SARAMPIÓN, PAPERA, RUBÉOLA)

1°dosis (12 meses): 16-03-2021

2°dosis (18 meses): 16-09-21

ANTIAMARÍLICA (15 meses): 15-07-21

REFUERZOS

1°Ref. DPT (18 meses): 16-09-21

2°Ref. DPT (4 años)

1°Ref. Antipolio (Oral 18 meses): 16-09-21

2°Ref. Antipolio (Oral 4 años)

OTRAS VACUNAS

varicela 16-03-2021

Ganancia adecuada — Ganancia inadecuada

Fecha	Edad	N° Control	Peso	Condición / Ganancia	Talla	Condición / Ganancia	Perímetro cefálico	Cita
[illegible]	2m	1°	4.710		57		37.4	16/6
[illegible]	3m	2°	5.430		58.2		37.7	16/8
[illegible]	4m	3°	6.210		60.3		39	16/10
[illegible]	5m	4	7.000		63.8		41.8	[illegible]
[illegible]	7m		7.320		65.0			16/11
[illegible]	8m		7.520		67.2			16/12
[illegible]	9m		7.650		69.00			[illegible]
[illegible]	10m		7.700		69.5			16/0
[illegible]	11m		7.940		69.9			[illegible]
[illegible]	12m		8.180		73.4			16/0
[illegible]	13m		8.440		74.00			16/0
[illegible]	14		8.400		74.6			16/0
[illegible]	16m		8.780		75.3			16/0
[illegible]	17m		[illegible]		76.3			[illegible]
[illegible]	18m		8.180		77.2			[illegible]
[illegible]	20		9.185		78.2			16/1
[illegible]	21m		9.645		80.4			17/0
[illegible]	23m	6	10.100		81.8			16/0
[illegible]	24	1°	10.180		82.8			16/6
[illegible]	27	2	[illegible]		83.7			16/9
[illegible]	30	3	11.300		86.2			16/1
[illegible]	33	4	12.090		89.3			[illegible]

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	AFILIACIÓN DE LA NIÑA/O A ALGÚN SISTEMA DE ASEGURAMIENTO EN SALUD (SIS, ESSALUD, OTROS)	Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
CIAI: Lamay

Yo Silveria Apaza Valencia, identificada(o) con DNI N° 41.26.8.6.2, y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N° No, en mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) Madre de la niña(o) Luz Anali Condori Apaza, que mi hija/o, se encuentra afiliado al siguiente sistema de salud (marque la/s opción/es que corresponda/n):

- [x] Se encuentra afiliada/o al SIS
- [ ] Se encuentra afiliada/o a EsSalud
- [ ] Se encuentra afiliada/o a seguro de Fuerzas Armadas y Policiales
- [ ] Se encuentra afiliada/o a un seguro de salud privado (especifique) ——
- [ ] No tiene ningún seguro de salud
- [ ] Su afiliación a un seguro de salud está en trámite(especificar) ——

Asimismo, adjunto la evidencia correspondiente (fotografía o fotocopia)

De no estar afiliado a ningún sistema de salud me comprometo a continuar con los trámites hasta obtener la afiliación a algún sistema de aseguramiento en salud (SIS, ESSALUD, otros).

Lugar y fecha: Lamay 01 de junio 2022

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal

Huella digital

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

SIS Seguro Integral de Salud

Consultas en Línea

Verifique su condición de asegurado en:

SISGRATUITO SISEMPRENDEDOR SISINDEPENDIENTE SIS MICROEMPRESAS

DATOS PERSONALES	
Apellidos y Nombres	CONDORI AFUCUSI, LUZ ANALI
Documento de Identidad	DNI 91777343
DATOS DEL SEGURO	F.V. 16-03-2020.
N° de afiliación / inscripción	2-91777343
Tipo de seguro	SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)
	GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA
Tipo de asegurado	TITULAR
Tipo de formato	AFILIACIÓN DIRECTA
Fecha de afiliación / levantamiento	19 / 10 / 2020
Plan de Beneficios	PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS
Establecimiento de salud	080463A301 (RENAES: 0000002344) LAMAY
Ubicación de establecimiento de salud	Dpto: CUSCO - Prov: CALCA - Dist: LAMAY
DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO	
Estado	ACTIVO

GOBIERNO REGIONAL CUSCO

Inf. Germán Reyes Flores
UNIDAD DE SEGUROS - SIS

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

CONSULTA AL REGISTRO DE AFILIADOS AL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

De acuerdo a la información reportada por las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud - IAFAS, el(la) Sr.(Sra.):

APUCUSI VALENCIA, SILVERIA

Con documento de identidad **DNI N° 44268622**, se encuentra afiliado(a) al Aseguramiento Universal en Salud contando con la cobertura mínima del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS.

Afiliaciones del Asegurado

NOMBRE DE IAFAS	REGIMEN	FECHA DE INICIO	FECHA DE FIN	TIPO DE PLAN DE SALUD	ESTADO
SIS	SUBSIDIADO	11/02/2012		PEAS Y COMPLEMENTARIO	ACTIVO

Siendo las 10:56 a.m. del día jueves 05 enero 2023, se expide la presente para los fines de lo dispuesto en el D.L. N° 1163, D.L. N° 1164, Decreto Supremo N° 034-2010-SA y normas complementarias y modificatorias.

CODIGO DE OPERACIÓN N° 0210823925

Para recibir las prestaciones de salud que correspondan a su derecho, el afiliado deberá cumplir las condiciones estipuladas con sus respectivas IAFAS.

Para comprobar la validez de esta información debe ingresar el Código de operación en la siguiente dirección web: http://app1.susalud.gob.pe/registro/

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO CARTA DE COMPROMISO DE LA FAMILIA - SCD	Código	UTAI-FR-02
		Versión	00
		Página	1 de 2

(A ser suscrita por la madre, padre o tutor o cuidador principal responsable de la niña o niño, posterior a la sensibilización sobre el servicio a recibir y los compromisos a asumir como familia usuaria del PNCM)

Unidad Territorial: CIUSS
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA LAMAY
CIAI: Lamay

Yo, Silveria Apucusi Valencia, identificado con DNI N° 44262822 domiciliado en Lamay Cusco calle J.V. Alvarado (padre/madre/Cuidador principal) madre de la niña o el niño Luz Analy Condori Apucusi, mediante el presente documento me comprometo a:

- Mantendré un comportamiento de respeto hacia los actores comunales y al equipo técnico del Programa Nacional Cuna Más.
- Brindaré información actualizada (número de teléfonos, dirección de la vivienda donde resido, tener dos o más personas autorizadas para el recojo) para la atención de la niña o niño en caso se presente alguna emergencia que afecte su salud. Si hubiera algún cambio, lo reportaré inmediatamente.
- Comunicaré al Comité de Gestión o Acompañante Técnico cuando decida que mi niña o niño no continue en el programa, indicando los motivos en el cuaderno de ocurrencias y/o en el Formato "Declaración Jurada de retiro del PNCM de la niña o niño por decisión de la Familia".
- No realizar pago económico alguno a los actores comunales para el servicio de cuidado de mi niña o niño.
- En caso mi niña o niño presente alguna discapacidad me comprometo a realizar las acciones necesarias para tramitar su certificado de discapacidad ante las instancias correspondientes (MINSA - CONADIS).

PARA EL CASO DE CONTEXTOS PRESENCIALES:

- Entregaré mensualmente el suplemento de hierro preventivo de mi niña o niño al Servicio de Cuidado Diurno, para su consumo de acuerdo a las indicaciones por parte del Establecimiento de Salud o de ser el caso, autorizar su consumo cuando sea entregado directamente por el Establecimiento de Salud al Servicio.
- Llevaré a mi niña o niño a su Control CRED de acuerdo a su edad y entregar al Programa el Carnet de Atención Integral de Salud de la niña o niño menor de 05 años (CRED) para que se verifique la asistencia y se registre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Entregaré los resultados del dosaje de hemoglobina de mi niña o niño que se realice en el Establecimiento de Salud.
- En caso mi niña o niño no tenga anemia cumpliré con dar el suplemento de hierro durante doce (12) meses seguidos. Si mi niña o niño completó la dosis presentaré las evidencias brindadas por el personal de salud.
- En caso mi niña o niño tenga anemia solicitaré al personal de salud la información para el tratamiento con el suplemento de hierro y seguiré las indicaciones respectivas hasta culminar el tratamiento.
- Los días sábados, domingos y feriados administraré a mi niña o niño el suplemento de hierro (micronutrientes, sulfato ferroso o complejo polimaltosado) de acuerdo a las indicaciones por parte del personal de Salud.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de la "Escala de Desarrollo Infantil -ESDI", al ingreso al servicio de mi niña o niño, el cual recoge información acerca del nivel de desarrollo de las niñas y los niños. El mismo que se aplicará a su egreso de acuerdo a los criterios establecidos en el programa.
- Recibiré en mi domicilio a la Guía de Familia según la fecha y hora coordinada previamente, mínimamente 01 (una) vez en el mes, de acuerdo a las actividades del programa.
- Asistiré a las actividades individuales y grupales convocadas por el servicio y participar de manera activa en el desarrollo de las mismas.
- Llevaré y recogeré diariamente a mi niña o niño dentro del horario establecido por el Programa Nacional Cuna Más.
- Informaré oportunamente a la Madre Cuidadora en caso de inasistencia de mi niña o niño y presentar la debida justificación por la inasistencia.

2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

CUSCO

RED CUSCO NORTE

RESULTADO DE LABORATORIO
HEMOGRAMA COMPLETO

ESTABLECIMIENTO: Centro de Salud - Lamay

NOMBRE: Anals Condori Apuzzi

- Recuento de Leucocitos
- Recuento de Hematies
- Hematocrito
- Hemoglobina: 11.3 24m. 16-03-22
- Vel. de Sedimentación: 1ra hora / 2da hora
- Perfil de coagulación: TC TS TP
- Recuento de Plaquetas
- Grupo Sanguíneo
- Factor RH
- Prueba Rápida Sifilis
- Prueba rápida VIH

- Neutrofilos ____ %
- Abastonados ____ %
- Segmentados ____ %
- Eosinófilos ____ %
- Basófilos ____ %
- Monocitos ____ %
- Linfocitos ____ %
- TOTAL ____ %

EXAMEN PARASITOLOGICO

ANÁLISIS

MUESTRA

Examen Macroscópico:

1ra Muestra

2da Muestra

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	Código	M01.UTAI.FR.192
		Versión	00
		Página	1 de 1

AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
Local del Servicio de Cuidado Diurno: Asociación de tejedoras Santa Rosa de Lamay

Yo Silveria Apucusi Valencia, identificado con DNI 44268622, en mi calidad de madre (x) o padre ( ) o tutor ( ) de:
1. Luz Real Condori Apucusi
2. .....

Autorizo a las siguientes personas que son mayores de edad y familiares directos:

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección y Teléfono de contacto
1	Silveria Apucusi Valencia	44268622	madre	Calle Los Olivos 932347291
2	Silvestre Condori Mamani	42104527	Padre	Calle Los Olivos 917328420
3				

Para que recoja a mi niña o niño del Servicio de Cuidado Diurno en caso se presente alguna dificultad o emergencia que no me permita recogerlo en el horario establecido para la atención. La(s) persona(s) autorizada(s) es (son) de mi confianza y velará(n) por la seguridad de mi niña o niño.

Estoy informado(a) de que en ningún caso, mi niña o niño será entregado a otra persona que no sea la autorizada por mí.

Fecha: 01/07/21

Firma Madre

Firma Padre

Acompañante Técnico

Firma de Madre Cuidadora

Firma persona autorizada (1)

Firma persona autorizada (2)

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES DE FAMILIA O CUIDADORES PRINCIPALES DE NIÑAS Y NIÑOS QUE ASISTEN AL SCD PARA LA ADMINISTRACIÓN DE SUPLEMENTACIÓN PREVENTIVA O TERAPÉUTICA CON HIERRO, DE ACUERDO A LO INDICADO EN LA IPRESS, DURANTE LA PERMANENCIA EN EL SERVICIO. (APLICABLE EN CONTEXTOS PRESENCIALES).	Código	UTAI-FR-198
		Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY
CIAI: Lamay

Yo, Silverio Apaza Valencia identificada(o) con DNI No. 44268622 y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N°....., en mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) Madre de la/el niña(o) Liz Analy Condori Apaza teniendo conocimiento de la importancia de la prevención y/o tratamiento de la anemia, autorizo al Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más a administrar y/o monitorear el consumo del suplemento con hierro, según las indicaciones del personal de Salud.

Lugar y fecha Lamay 01-06-24

Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador principal
N° DNI:

*Aplicable en contextos no presenciales

Toda copia de este documento que se encuentra fuera del entorno del Portal web institucional es una "COPIA NO CONTROLADA"

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

	FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SCD	Código	UTAI-FR-200
		Versión	00
		Página	1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: CUSCO
Comité de Gestión: ASOCIACION DE TEJEDORAS SANTA ROSA DE LAMAY

Yo.....Silveria Apucusi Valencia.....,madre/padre/cuidador principal identificada/o con DNI N* ..44.2.68622..... y en el caso de extranjeros(Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) de la niña o niño .....Luz Analy Candeis Apucusi....., declaro bajo juramento que:

Dirección de mi domicilio:.....C. Lamay Rosao.....

Nombre de mi centro de Trabajo.....-.....

Dirección de mi centro de trabajo.....-.....

Días y horario de trabajo: .....-.....

Teléfono(s) de referencia en casos de emergencia:...9.32.34.7291

Con mi firma o huella digital doy conformidad de lo declarado.

Lugar y fecha...Lamay...01 - 06 - 22

Firma o huella digital de la madre/padre/cuidador principal

*Aplicable en contextos presenciales

Toda copia de este documento que se encuentra fuera del entorno del Portal web institucional es una "COPIA NO CONTROLADA"

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 4: **Fotografías de la práctica de Higiene dental de los niños y niñas del CIAI Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay**

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 5: **Fotografías de los insumos actuales en las mochilas de emergencias con recambio correspondiente.**

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

ANEXO 14

ARTICULOS DE LA MOCHILA DE EMERGENCIA PARA EL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Peso total aproximado máximo 10 Kg

ARTICULOS.	UNIDADES	01 MOCHILA DE EMERGENCIA Sayda		02 MOCHILA DE EMERGENCIA Yoselin (Mili)		03 MOCHILA DE EMERGENCIA Anali		04 MOCHILA DE EMERGENCIA Mary Luz		VITRINA / BOTIQUIN	
		F. COMPRA	F. VENCIMIENTO	F. COMPRA	F. VENCIMIENTO	F. COMPRA	F. VENCIMIENTO	F. COMPRA	F. VENCIMIENTO	F. COMPRA	F. VENCIMIENTO
ALIMENTOS											
GALLETA SODA	4	Setiembre	9/5/23	Setiembre	9/5/23		9/5/23		9/5/23		
AGUA SIN GAS EMBOTELLADA 1 L	1	Setiembre	19/4/23	Setiembre	19/4/23		19/4/23		16/5/23		
CONSERVA DE PESCADO ATÚN FILETE- 1 LATA[61]	2	Setiembre	27/4/23	Setiembre	27/4/23		27/4/23		27/4/23		
CONSERVA DE FRUTAS PARA BEBÉ (Sachet 1 ración individual)[62]	1	Setiembre	4/5/23	Setiembre	4/5/23		4/5/23		11/5/23		
HIGIENE											
PAPEL HIGIÉNICO DOBLE HOJA, COLOR BLANCO.	1	—	✓	—	✓		✓		✓		
PAÑOS HUMEDOS PARA BEBE PAQ. X 25 a 48 UNIDADES	2	Setiembre	30/11/23	—	28/10/23 15/4/23		28/10/23 15/4/23		15/10/23 11/4/23		
PANALES DESCARTABLES (2 unidades talla M y 2 talla XG)	4	Setiembre	13/5/23 26/4/24	—	26/4/24		13/5/23		13/5/23		
ALCOHOL GEL de 200 a 300ml CON DISPENSADOR	1		04/03/23		4/3/23		11/23		11/3/23		
BOLSA PLASTICA NEGRA DE 25 a 50 LITROS	4	—	✓		✓		F		✓		
COMUNICACIÓN											
SILBATO DE EMERGENCIA	1		✓		✓		✓		✓		
LINTERNA DE MANO A PILA	1		✓		✓		✓		✓		
PILA (para la linterna que se adquiera)paquetex2	2		✓		✓		✓		✓		
BASICO PRIMEROS AUXILIOS											
PAQUETE DE GASA 10cmX10cm, 5 unidades/paquete	3		07/24		07/24		07/24		07/24		
ESPARADRAPO ANTIALERGICO DE PAPEL 9,1 m x 2,5cm.	1		11/23		11/23		8/24		11/23		
PARACETAMOL JARABE 120mg/5ml-60 ml	1		10/25		10/25		10/25		10/25		
PARACETAMOL GOTAS 100mg/5ml-15ml	1		11/9/24		11/9/24		28/3/25		11/9/24		
VENDA ELASTICA N°04"x5 yardas	1		9/23		9/23		9/23		01/25		
TIJERA ACERO INOXIDABLE PUNTA ROMA 14 Cm	1		✓		✓		✓		✓		
SOBRE DE PAPEL MANILA A5	2		✓		✓		✓		✓		
ABRIGO											
MANTA POLAR 1 1/2 pza	1		✓		✓		✓		✓		
DIVERSOS											
CUCHARAS DESCARTABLES	10		✓		✓		✓		✓		
VASOS DESCARTABLES 180-220 ml acrílicos	4		✓		✓		✓		✓		
CAJA DE FOSFORO	1		✓		✓		✓		✓		

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

Anexo N° 6: **Acta de reunión con Actores comunales y Junta directiva de comité de gestión Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay.**

199

DISTRITO LAMAY - CALCA

Yesilla Cangue Gamez	M. cuidadora	77322178	
Senovia Chui Pillco	M. cuidadora	75161711	
Benita Huaman Quispe	Madre cuidadora	40057949	
Hilaria Quispe Huaman	Madre cuidadora	43872837	
Luz marina Quispe Quispe	Guia de Familia	45001791	
Florencia Ccori Baños	Guia de Sala	23901095	
Veronica Huaman Huaman	Limpieza Vigilancia	74412805	
Rosmery Cruz Huahuasoncco	Madre Cuidadora	71508415	
Karina Ccori Pumallocha	Socia de Cocina	70822595	
Modesta Huaman Huaman	Limpieza Vigilancia	45628250	
YOLANDA GONZALES ARAPA	SOCIA de COCINA	43203248	
Yanet Hermoza Pizarro	Socia de Cocina	48077672	
Juana Quispe Yupanqui	Socia de Cocina	71508370	
Jessica Ylla Cilca	Socia de Cocina	71509233	

Acta de Fortalecimiento y Generación de Compromisos para el Cumplimiento de Lavado de Manos, Higiene Bucal y Equipamiento de Mochilas de Emergencia Segun Directiva 056 - C.G. Asociación de Tejedoras Santa Rosa de Lamay

Reunidos en el CIAI. Asoc de Tejedoras Santa Rosa de Lamay, los integrantes de la Junta Directiva, Acompañante Tecnico, Actores Comunales, MC. MG y S.C. a horas las tres de la Tarde miercoles 04 del mes de Enero del año dos mil veintitres con el objetivo de Fortalecer los Habitos Saludables, dando Inicio el Acompañante Tecnico, Socializando segun la Visita del Comite, local de Transparencia y Ciudadano de Lamay, Teniendo Como observación cuatro puntos; 01 No se práctica la Higiene bucal en el CIAI; 02 Actor Comunal del CIAI no cumple con la Práctica de Lavado de manos, 03 CIAI Tiene productos de la Mochila con Fecha Vencida Procediendo a Realizar de Forma Práctica los tres puntos mencionados Según Directiva 056 en donde A.T. brinda información consisa sobre las Prácticas de Higiene bucal de los niños en el CIAI. de SCD Segun la Normativa indica que la Higiene bucal se hara una sola

Escaneado con CamScanner

Esta es una copia auténtica imprimible de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**

200

regal día, preferentemente despues del almuerzo del medio día, realizando las Prácticas del Modelamiento juntamente con los Actores Comunales y Junta Directivas, haciendo de los materiales de la Pasta dental, Cepillos,
Seguidamente el A.T realiza las Prácticas de Lavado de Manos, utilizando el Modulo correspondiente, Realizando las Acciones Paso a Paso, seguidamente se invita a los A.C y J.D a realizar el Lavado de Manos Paso a Paso. Tal acción se debe realizar de manera diaria en los diferentes momentos (Refrigerio de la media Mañana, almuerzo y Refrigerio de la media Tarde y uso de los Servicios Higienicos). Seguidamente el A.T. menciona la importancia de la Mochila de Emergencia el uso adecuado descubriendo los materiales, Insumos y medicamentos, el uso ante inclemen Tes del Tiempo, en donde los A.C y J.D identificaron la Fecha de Produc ción y la Fecha de Vencimiento y las cantidades necesarias que debe contener las Mochilas de Emergencia.
Haciendo el Compromiso por Parte de los A.C. y J.D. de realizar e inculcar los Habitos Saludables de forma Diaria en los Horarios que ofrecen el servicio Integral, asi mismo Verificar, Implementar Materiales para las Mochilas de Emergencia haciendo uso del Presupuesto asignado al Comité J.D. Siendo las cuatro de la Tarde se culmino dicha Reunion.

Fidel Paucar Huaman
DNI 40682229
Acompañante Técnico.
Florencia Cieri Barros 23901095
Sayda Hermoza Pizarro 45227374
Yudith Huno Cordova 74448516
Nelly Monzcosa Gutierrez 71536736
Maritza Novidas Cordova 74534476
Magnolia Velarde Calla 71547442

Veronica Huanni Huanni DNI 74432786
Sandra Tito Huaman 76161616
Raquel Alvarez Cabrera 45710731
Analy Illa Huaman 47578556
Edita Rimac Rivas 45235540
Yesilia Carpio Ruiz 77201174
Semanza Abel Pinto 41116421
Libia Vera Congora 41668732

CG
Zenobia Torres Gaciar
DNI
PRESIDENTA

CG
Jose Carlos Torres Ramos
DNI 45207347
TESORERO

Documento con Firmas Digitales
aplicando lo dispuesto por el Art. 25 de D.S. 070-2013-PCM y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.S. 026-2016-PCM. Su autenticidad e integridad pueden ser contrastadas a través de la siguiente dirección web: **https://sgd.cunamas.gob.pe:8181/validadorDocumental** e ingresando la siguiente clave: **4AIJGIS**