



Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS



Firmado digitalmente por MESCO
QUILLAHUAMAN Lina Gladys FAU
20546537782 soft
Cargo: Jefe(A) De Unidad
Territorial(E)
Motivo: Por encargo
Fecha: 13.01.2023 12:53:01 -05:00

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

San Sebastian, 13 de Enero del 2023

OFICIO N° 000006-2023-MIDIS/PNCM-UTCUSC

Señor:

Eliazar Cueto Vera Campos

Responsable Regional del Equipo Técnico

Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana Sede Regional Cusco

Presente. -

Asunto : Caso N° 232-2022-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° 0232-2022-CTVC/CUS, referida al funcionamiento del Servicio de Cuidado Diurno del Comité de Gestión "Niño Melchor" cuya veeduría se realizó el 25 de noviembre del 2022.

TERCERO: Al respecto, es preciso señalar que el Servicio Cuidado Diurno del Comité de Gestión "Niño Melchor", está ubicado en el Distrito de Urubamba, Provincia de Urubamba; este comité de gestión viene atendiendo de manera ininterrumpida a 134 niñas y niños usuarios.

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:

DE LOS PUNTOS CRÍTICOS:

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

Durante la veeduría se observó que los legajos de documentos no se encuentran actualizados como tarjeta control CRED, Tamizaje de Hemoglobina y vacunas y cartas de compromisos de las familias las cuales no están firmadas. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE000379-2022-MIDIS/PNCM-DE. Directiva denominada "Afiliación y egreso de las usuarias

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: 6VFPQFY



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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**.

a la directiva N° 379-2022-MIDIS/PNCM-DE "Afiliación y egreso de las usuarias y los usuarios a los servicios del Programa Nacional Cuna Más" en el numeral **5.1.3 Empadronamiento de usuarias/os y solicitud de documentación C**. Solicita los documentos necesarios para la incorporación al SCD, los cuales se detallan a continuación:

- Anexo N° 02 Formato "Carta de Compromiso de la Familia – SCD"
- Anexo N° 04 Formato de "Afiliación de la niña/o a algún Sistema de Aseguramiento en Salud (SIS, ESSALUD, otros)".
- Anexo N° 06 Formato de "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"
- Fotografía o fotocopia³⁴ del DNI de la niña o niño o documento que acredite que se encuentra en trámite, o Partida de Nacimiento o Certificado de Nacido Vivo, y en el caso de extranjeros, Carné de extranjería, Cédula de Identificación, o Carné de Permiso Temporal de Permanencia.
- Fotografía o fotocopia del DNI de los padres o tutores o documento que acredite que se encuentra en trámite y en el caso de extranjeros, documento que acredite su identidad (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia).
- Fotografía o Fotocopia del Carné de Atención Integral de Salud del Niño o Niña (CRED), la misma que debe evidenciar las atenciones recibidas
- Anexo N° 03: Formato "Declaración Jurada de Diagnóstico Médico de la niña o niño"
- Anexo N° 05: Formato de "Autorización de Recojo de la Niña y/o Niño del Servicio de Cuidado Diurno"
- Anexo N° 07: Formato "Ficha de información de salud y cuidados de usuarias y/o usuarios con discapacidad leve o moderada en el PNCM".
- Anexo N° 08: Formato "Declaración Jurada de Domicilio y Trabajo- SCD" (Aplicable en contextos presenciales).
- Anexo N° 10: Formato "Ficha de información de la usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad.

Durante la veeduría algunos niños del CIAI Valle Sagrado no contaban con la documentación completa por lo que se considera Fundado el punto crítico. Como medida correctiva se estableció un compromiso con el acompañante técnico para que los niños del CIAI Valle sagrado cuenten con la documentación completa.

Para verificar el cumplimiento de los compromisos asumidos el especialista integral realizó la vista al CIAI Valle Sagrado el día 04 de enero del 2023 donde se realizó el muestreo a 3 documentos y se pudo observar la implementación del punto crítico. Al presente se adjunta el legajo documentario de 3 niños (Anexo N° 1) y el acta de la visita realizada por la especialista Integral (Anexo N° 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: 6VFPQFY



BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



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

Durante la veeduría se observó que los niños no realizan la higiene bucal después de consumir sus alimentos. Esta situación contravendría lo indicado en la RDE-000056-2022-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 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 **FUNDADO**.

Según 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 – Higiene:** Momento que se convierten en oportunidades para que las niñas y niños aprendan a cuidar su cuerpo, practiquen hábitos de higiene personal y desarrollen su confianza y autonomía. Las actividades que se promueven en este momento son: **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.

Con la finalidad de favorecer la atención de las necesidades primarias y la de promover las prácticas de cuidado saludable en las niñas y niños de 6 a 36 meses de edad del CIAI Valle sagrado del CG Niño Melchor, El acompañante técnico volvió a fortalecer las capacidades de los actores comunales (Madres Cuidadoras y Madres guías) en el tema "Higiene Bucal". Se adjunta al presente el acta de capacitación en Anexo N° 3 y fotografías de la práctica de higiene bucal en Anexo N° 4.

3. **ACTOR COMUNAL DEL CIAI NO CUMPLE CON LA PRACTICA DEL LAVADO DE MANOS**

Durante la veeduría se observó que los niños no realizan ni promueven el lavado de manos 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, 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, COVID-19 y otras.

El punto crítico se considera **FUNDADO**

Según 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 – Higiene:** Momento que se convierten en oportunidades para que las niñas y niños aprendan a cuidar su cuerpo, practiquen hábitos de higiene personal y desarrollen su confianza y autonomía. Las actividades que se promueven en este momento son: **Lavado de manos:** La práctica del lavado de manos de las niñas y niños en el CIAI, se desarrolla en los momentos



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

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

claves con el acompañamiento de la madre cuidadora o madre guía a fin de contribuir con la prevención de enfermedades como diarreas, parasitosis, IRAS, COVID-19 y otras.

Ante el hallazgo y con la finalidad de favorecer la atención de las necesidades primarias, promover las prácticas de cuidado saludable y contribuir con la prevención de enfermedades en las niñas y niños de 6 a 36 meses de edad del CIAI Valle Sagrado del CG Niño Melchor, El acompañante técnico volvió a fortalecer las capacidades de los actores comunales (Madres Cuidadoras y Madres guías) en el tema "Lavado de Manos". Se adjunta al presente el acta de capacitación Anexo N° 3 y fotografías de la práctica de lavado de manos en el CIAI Anexo N° 5.

4. CIAI NO CUENTA CON MOCHILAS DE EMERGENCIA POR CADA CUIDADORA.

Durante la veeduría se observó que CIAI solo cuenta con 03 mochilas de emergencia y son 07 madres cuidadoras, faltando 04 mochilas de emergencia para las madres cuidadoras. 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**

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 Equipamiento - d)** menciona que: Cada Centro Infantil de Atención Integral (CIAI) cuenta con mochila de emergencia por cada MC, con la finalidad de promover espacios seguros en los CIAI y asegurar un ambiente equipado que nos permita asistir a las niñas y niños por un evento adverso natural o provocado por el ser humano (incendio, sismo de gran magnitud, inundaciones u otros). El CG actualmente cuenta con una mochila de emergencia por sala en el local Valle Sagrado.

Durante el año 2022 los comités de gestión de la Unidad Territorial Cusco no han recibido transferencia para la adquisición y equipamiento de las mochilas de emergencia por lo que el comité de gestión no logro equipar con las mochilas de acuerdo a la directiva. Sin embargo, el comité de gestión se comprometa a realizar la adquisición progresiva de las mochilas de emergencia con la finalidad de cumplir con la directiva y contar con un ambiente equipado frente a cualquier evento adverso natural o provocado por el ser humano. Se adjunta acta de compromiso en Anexo N° 6.

CONCLUSIONES

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

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

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: 6VFPQFY

**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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: Legajo documentario como muestra de 3 usuarios: de las salas de bebés y gateadores y caminantes y exploradores.
- Anexo N° 2: Acta de seguimiento a los legajos documentarios por parte del especialista integral.
- Anexo N° 3: Acta de retroalimentación y fortalecimiento de capacidades a las madres cuidadoras en los temas de: Higiene Bucal y Lavado de Manos
- Anexo 4: Fotografías de la práctica de Higiene dental de los niños y niñas del CIAI Valle Sagrado
- Anexo N°5: Fotografías de la práctica de lavado de manos de los niños y niñas del CIAI Valle Sagrado
- Anexo N°6: Acta de compromiso por parte de la junta directiva en la implementación progresiva de las mochilas de emergencia

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: **6VFPQFY**



**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

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

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Anexo N° 1: Legajo documentario como muestra de 3 usuarios: de las salas de bebés y gateadores y caminantes y exploradores.

- Legajo documentario de la niña Sharon Katheling Gómez Yucra

COMITÉ DE GESTION NIÑO MELCHOR-SCD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO(A): Sharon Katheling
Gomez Yucra

FECHA DE NACIMIENTO: 04-06-2020

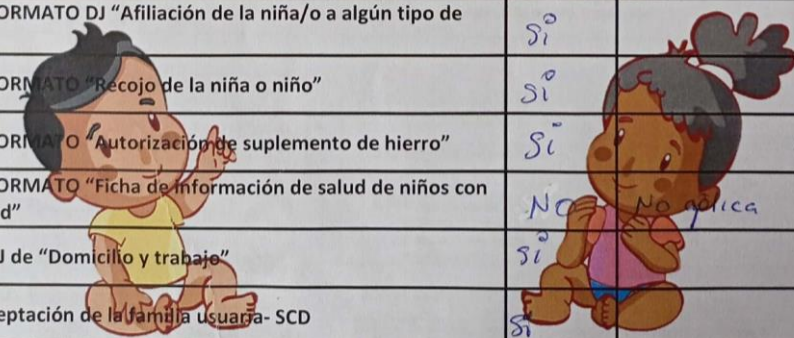
FECHA DE INGRESO: _____

NOMBRES DE APELLIDOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL:
Eddey Yucra Carpio

NRO DE CELULAR: 978 66 27 71



DOCUMENTOS	SI/ NO	OBSERVACIONES
Anexo 09 FORMATO "Ficha Familiar de Empadronamiento de la Usuaría/o – SCD – SAF"	SI	
Anexo 10 FORMATO "Ficha de información de la usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"	NO	No aplica
Fotocopia del DNI de la niña o niño.	SI	
Fotocopia del DNI de los padres o tutores	SI	
Fotocopia del Carné de Atención Integral de Salud del Niño o Niña (CRED)	SI	
Fotocopia del seguro (SIS, Essalud u otros)	SI	
Anexo 02 FORMATO "Carta de Compromiso de la Familia – SCD"	SI	
Anexo 03 FORMATO DJ "Estado de salud del niño niña".	SI	
Anexo 04 FORMATO DJ "Afiliación de la niña/o a algún tipo de seguro"	SI	
Anexo 05 FORMATO "Recojo de la niña o niño"	SI	
Anexo 06 FORMATO "Autorización de suplemento de hierro"	SI	
Anexo 07 FORMATO "Ficha de información de salud de niños con discapacidad"	NO	No aplica
Anexo 08 DJ de "Domicilio y trabajo"	SI	
Carta de aceptación de la familia usuaria- SCD	SI	




PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social





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: 6VFPQFY


**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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

I. DATOS GENERALES	
1.1 Servicio	SAF SCD
1.2 Fecha de empadronamiento:	05 09 2022 Día Mes Año
1.3 Datos del Acompañante Técnico	1146 Código Acomp. Técnico
Alberto Alagon Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico	
815 Código C.G.	Niño Helchor Nombre CG
1.4 Datos del Actor Comunal a cargo	25360152 Código Madre Cuidadora o Facilitador/a
Sofia Arteaga Gutierrez Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitador/a	
1.5 Para el caso del SCD	CIAI MÓDULO
Valle Sagrado	Caminantes y Explotadores

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA	
2.1 Ubicación de la vivienda	
Cusco Departamento	Urubamba Provincia
Urubamba Distrito	Cotahuincho Centro Poblado (CCPP)
	Cusco Unidad Territorial
Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera	
Tipo: 1 2 3 4 5 6 Avenida Calle Jirón Pasaje Carretera Otro	
Av. Valle Sagrado S/N Nombre de la vía	
Nº de puerta	Bloque Interior
Piso	Manzana Lote Kilómetro
Cotahuincho Referencia	

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIOS/OS	
3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑO/O 1	
Código	Sharon Katheling Nombres
Gomez	yucra

Apellido Paterno	Apellido Materno
04062020 Fecha Nacimiento	30 Edad Meses
3.2 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite)	Si No
3.3 (Si responde SI en la 3.2) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	80904686
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	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	2462
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende	Centro de Salud Urubamba
3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	Si No
3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?	Si 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)	Si No
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	Si No
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	Si No
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	Si No
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 usuario/a y/o cuidador principal con discapacidad"
2	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: 6VFPQFY





"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO	Código	UTAI-FR-201
	FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIO/O DEL SCD – SAF	Versión	00
		Página	Página 2 de 5

3.16 DATOS PERSONALES DE LA NIÑA/O 2

Código	Nombres
	Sharon Kambeling
Apellido Paterno	Apellido Materno
Gomez	yucra
Fecha Nacimiento	Edad Meses
09/06/2020	30
Masculino	Femenino
	X

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

3.18 (Si responde SI en la 3.17) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	80909686
--	----------

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	Carné de Extranjería
4	Cédula de Identificación
5	Carné de Permiso Temporal de Permanencia

3.21 ¿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	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	Centro de Salud Urbana
3.24 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	Sí No
	X

3.25 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?	Sí	No
		X

3.26 ¿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	No
		X

	Tiene documento		En caso de "Sí", ¿cuántas?
3.27 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	Sí No		
	X		
3.28 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	Sí No		15
	X		
3.29 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	Sí No		
	X		

3.30 ¿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/o 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

Código	Nombres
	EDDEY
Apellido Paterno	Apellido Materno
yucra	carpio
Fecha Nacimiento	Edad (años)
24/02/1940	32
Masculino	Femenino
	X

Número de teléfono	97866 2721
--------------------	------------

4.2 ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta?

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 del Documento de Identidad	46204087
-----------------------------------	----------

4.3 ¿Sabe leer y escribir?	Sí No
	X

4.4 ¿Cuántos hijos tiene? (apuntar el número, si no tiene ninguno apuntar "00")	1
---	---

4.5 ¿Cuál es su parentesco con el niño/la niña que se está registrando? (respuesta múltiple si fuera más de una niña/niño empadronado)

1	Papá	4	Tío/a
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	Viudo/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	EsSalud
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:)
7	Ninguno

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: 6VFPQFY



**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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

4.9	Código de Afiliación a Seguro de Salud	Nombres Sharon Katheling	
-----	--	---------------------------------	--

4.10	¿Cuál es su ocupación principal?	Apellido Paterno Gomez Apellido Materno Yucra	
------	----------------------------------	---	--

1	Trabajador dependiente asalariado	6	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)	Fecha Nacimiento 04/06/2020 Edad (años) 30 Número de Documento de Identidad 80909686	
------	--	---	--

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, 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)	Número de teléfono 1 97866 2721 Número de teléfono 2	
------	--	---	--

1	¿Quechua?	4.16 ¿Ud. Vive con su niña o niño? MARCAR	
2	¿Aimara?		☒ SI ☐ NO
3	¿Asháninka?		4.17 Datos del padre
4	¿Awajún/Aguaruna?		Nombres
5	¿Shipibo-Konibo?		Apellido Paterno Apellido Materno
6	¿Shawi/Chayahuita?		Fecha Nacimiento Edad (años) Número de Documento de Identidad
7	¿Matsigenka/ Machiguenga?		4.18 ¿Ud. Vive con su niña o niño? MARCAR
8	¿Achuar?		☐ SI ☐ NO
9	¿Otra lengua indígena u originaria? (Especifique según listado de Anexo 02):		V. DATOS DE LA GESTANTE
10	¿Castellano?		Código Nombres
11	¿Portugués?		Apellido Paterno Apellido Materno
12	¿Otra lengua extranjera? (especifique)		Fecha Nacimiento Edad (años)
13	¿Lengua de señas peruanas?		Número de teléfono
14	No escucha/o ni habla/o		
15	No sabe/ No responde		

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
------	-------------------

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: **6VFPQFY**

**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

PERÚ Ministerio de Salud		CARNÉ DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA NIÑA	
DIRECCIÓN SUB REGIONAL DE SALUD CHANKA ANDAHUAYLAS			
N° HC:		N° Carpeta FAM:	
Cod. de Afiliación:			
Fecha de Nacimiento:		04/06/2020 CUI/DNI: 80909686	
Nombres y Apellidos:		KATHELIN ANDRÉS GÓMEZ YUCRA	
- De la Niña:			
- De la Madre:		Eddy Yucra Campio DNI: 46204084	
- Del Padre:		Anderson GOMEZ FIGUEROA DNI: 44993305	
Dirección:		KELKAYBARBA	
E-mail:		Teléfono: 978662721	
Establecimiento:		C.S. Ocobamba	
Programa de Apoyo Social:			
VACUNACIÓN (Anotar Fechas):			
Tuberculosis (BCG): (Recién Nacido)			
Antihepatitis (HvB): (Recién Nacido)			
Antipolio: (OPVóIPV*) *Condición Especial			
Fechas de las próximas dosis: / /			
1ra (2 meses)		2da (4 meses)	
04/08/2020		04/10/20	
		3ra (6 meses)	
		07/12/2020	
Pentavalente: (DPT + Hib + HvB)			
Fechas de las próximas dosis: / /			
1ra (2 meses)		2da (4 meses)	
04/08/2020		04/10/20	
		3ra (6 meses)	
		07/12/2020	
Neumococo: menor de 1 año 1 año			
Fechas de las próximas dosis: / /			
1ra (3 meses)		2da (5 meses)	
04/08/2020		04/10/20	
		3ra (12 meses)	
		05/06/2021	
Rotavirus:			
Fechas de las próximas dosis: / /			
1ra (2 meses)		2da (4 meses)	
04/08/2020		04/10/20	
Influenza: 1er Año			
Fechas de las próximas dosis: / /			
1ra (7 meses)		2da (8 meses)	
07/12/2020		04/8/2021	
VARICELA 1ra: 05/06/21			
Sarampión, Rubéola y Papera (SPR)		Antiamparilica:	
12 Meses 05/6/21 18 meses		15 Meses 05/09/2021	
Refuerzo de Antipolio		Ref. Difteria, Tétanos y Pertusis (DPT)	
18 meses 4 años		18 meses 4 años	
LA VACUNA ES TODO EL AÑO Y ES GRATUITA			

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: 6VFPQFY

**BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024**

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

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

CONTROL DE ATENCIÓN DE LA NIÑA								
Fecha	Edad meses	Peso	Ganancia de peso		Talla	Ganancia de talla		Cita
			gr	Condición		cm	Condición	
	1			☐			☐	
	2			☐			☐	
	3			☐			☐	
04/10/20	4	6.440		☐	61.4		☐	04/11/20
04/11/20	5	6.980		☐	62.7		☐	04/12/20
	6	7.330		☐	63.6		☐	04/12/21
10/1/21	7	7.800		☐	67		☐	04/02/21
04/02/21	8	7.990		☐	67		☐	04/03/21
04/03/21	9	8.300		☐	69.2		☐	04/04/21
04/04/21	10	8.600		☐	69.5		☐	04/05/21
03/05/21	11	8.500		☐	71.5		☐	04/06/21
04/06/21	12	8.800		☐	72.2		☐	04/07/21
05/7/21	13	9.200		☐	72.3		☐	04/8/21
4/8/21	14	9.150		☐	73.1		☐	4/9/21
4/9/21	15	9.230		☐	75	4	☐	4/10/21
4/9/21	16	9	300	☐	75	3	☐	4/12/21
4/12/21	17	10	200	☐	76	5	☐	4/03/21
04/01/22	18	10	200	☐	77	5	☐	04/04/22
04/4/22	19	10	200	☐	85		☐	04-40-22
	20			☐			☐	
	21			☐			☐	
	22			☐			☐	
	23			☐			☐	
	24			☐			☐	
	25			☐			☐	
	26			☐			☐	
	27			☐			☐	
	28			☐			☐	
	29			☐			☐	
	30			☐			☐	
	31			☐			☐	
	32			☐			☐	
	33			☐			☐	
	34			☐			☐	
	35			☐			☐	
	36			☐			☐	
	39			☐			☐	
	42			☐			☐	
	45			☐			☐	
	48			☐			☐	
	51			☐			☐	
	54			☐			☐	
	57			☐			☐	
	60			☐			☐	

Bueno ☒ Malo ☐

ás,
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: 6VFPQFY

BICENTENARIO
DEL PERÚ
2021 - 2024



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

13/4/23, 11:13

Consultas en Línea SIS - Detalle

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	GOMEZ YUCRA, SHARON KATHELING
Documento de Identidad	DNI 80909686
DATOS DEL SEGURO	
N° de afiliación / inscripción	2-80909686
Tipo de seguro	SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)
Tipo de asegurado	GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA
Tipo de formato	TITULAR
Fecha de afiliación / levantamiento	AFILIACIÓN DIRECTA
Plan de Beneficios	31 / 05 / 2021
Establecimiento de salud	PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS
Ubicación de establecimiento de salud	080905A301 (RENAES: 0000002462) OCCOBAMBA LA CONVENCION
DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO	Dpto: CUSCO - Prov: LA CONVENCION - Dist: OCCOBAMBA
Estado	ACTIVO

INFORMACION IMPORTANTE QUE DEBE TENER EN CUENTA

1. Si el estado de su seguro figura como **ACTIVO**, usted podrá recibir las prestaciones de salud que le corresponden, siempre que haya transcurrido el periodo de carencia respectivo de corresponder.

2. Si el estado de su seguro figura como **INACTIVO**, puede deberse a las siguientes causas:

SIS Emprendedor

- No se encuentra al día en el pago de sus obligaciones tributarias a SUNAT

SIS Independiente

- No se encuentra al día en sus aportaciones

SIS Microempresas

- El conductor no está al día en el pago de las aportaciones
- Habiendo concluido su vínculo laboral, no ha activado su Periodo de Latencia de corresponder

app.sis.gob.pe/SisConsultaEnLinea/Consulta/FrmDetalleEnLinea.aspx

1/1



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO	Código	UTAI-FR-194
	CARTA DE COMPROMISO DE LA	Versión	00
	FAMILIA - SCD	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: Cusco
Comité de Gestión: Niños Moches
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Edley Yucra Corpia, identificado con DNI N° 46204087 en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N° , domiciliado en Jr. Espinar N° 508, (padre/madre/Cuidador principal) Madre de la niña o el niño Sharon Katheling, 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 continúe 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 y la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con discapacidad (RNPCD) ante las instancias correspondientes (MINSA – CONADIS)
- Doy autorización al PNCM para compartir la información brindada sobre mi hija/o y de su cuidador principales con otras entidades del Estado, en el marco de las competencias y funciones del Programa.

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. De la misma manera para la aplicación de la Ficha de Señales de Alerta cada cierto tiempo de acuerdo a lo normado 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.

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO CARTA DE COMPROMISO DE LA FAMILIA - SCD	Código	UTAI-FR-194
		Versión	00
		Página	2 de 2

- 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.
- No llevaré a mi niña o niño al Servicio de Cuidado Diurno cuando esté enferma/o, o haya tenido un accidente que amerite cuidados especiales en el hogar y lo conduciré inmediatamente a un Establecimiento de Salud para su atención oportuna cuando esté enferma/o.
- Acudiré al CIAI ante el llamado de la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico si se presentara alguna actividad del programa.
- Acudiré al CIAI o al Establecimiento de Salud cuando sea requerido por la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico para buscar la atención de mi niña o niño, cuando la situación lo requiera o se afecte su vida, salud o integridad.
- Informaré a la madre cuidadora (antes del ingreso a la cuna) sobre algún evento que haya acontecido el fin de semana y que ocasionó alguna marca en el cuerpo de mi niña/niño (rasmillón, moretón, herida, etc.).
- Llevaré diariamente la muda de ropa de mi niña o niño de acuerdo al clima. La muda incluye: 1 polo manga corta o larga, 1 pantalón, short o vestido, 1 par de medias, 1 ropa interior, 3 pañales de tela o desechables (en caso se requiera).
- Brindaré a mi niña o niño desayuno y cena en el hogar, complementando la alimentación brindada en el Servicio de Cuidado Diurno. Llevaré a mi niña o niño sin ningún alimento adicional ejemplo: frutas, galletas, jugos u otros, para el consumo en el CIAI.

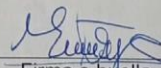
PARA EL CASO DE CONTEXTOS NO PRESENCIALES:

- Daré a mi niña/o el suplemento de hierro preventivo de acuerdo a las indicaciones por parte del Establecimiento de Salud.
- Llevaré a mi niña o niño a su Control CRED de acuerdo a su edad e informar al programa sobre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Comunicaré 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 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.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de la Ficha de Señales de Alerta – DIT, 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 al egreso de mi niña o niño, de acuerdo a los criterios establecidos en el programa.
- Atenderé las llamadas telefónicas y/u otro tipo de comunicación remota de parte de la Guía de Familia, Madre Cuidadora o Madre Guía, según la fecha y hora coordinada previamente, de acuerdo a las actividades del programa. De presentar inconvenientes informar oportunamente al actor comunal a cargo y se reprogramará a una fecha cercana.
- Los alimentos proporcionados por el programa los brindaré únicamente a mi niña o niño, los cuales serán complementados con la alimentación brindada en el hogar. He recibido información sobre la atención alimentaria y entrega de alimentos no perecibles del SCD.

Consecuencia del incumplimiento de compromisos de los padres

En caso de incumplir los compromisos asumidos, asistiré a las reuniones convocadas por el Comité de Gestión para explicar el motivo y en caso de ser reiterativo el incumplimiento, aceptaré las medidas adoptadas por el Comité de Gestión.

Lugar y Fecha: Urubomba, 06 de julio


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

DNI 46204087
Edley Yucra Corpio



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA NIÑA O NIÑO	Código	UTAI-FR-195
		Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: Cusco
Comité de Gestión: Niño Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Eddy Yucra Carpio, identificada(o) con DNI u otro documento N° 76204687 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) Padre de la/del niña/o Sharon Katheling Gomez Yucra, declaro bajo juramento que mi hija/o (marcar una de las siguientes alternativas y consignar en las líneas punteadas la información que corresponda):

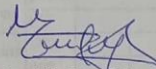
- ☒ Es alérgico a los siguientes medicamentos
- ☒ Es alérgico a los siguientes sustancias químicas
- ☒ Es alérgico a los siguientes alimentos
- ☒ Tiene una enfermedad crónica o congénita y requiere medicación continua
- ☒ Padece una enfermedad crónica o congénita (no requiere medicación)
- ☒ No tiene ninguna alergia y/o intolerancia o enfermedad crónica o congénita

De ser el caso se adjunta diagnóstico médico.

Lugar y fecha: Urubamba 06/07/22



Huella digital


Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal

Nombre y Firma Padre / Madre o Apoderado
DNI:



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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

Unidad Territorial:
Comité de Gestión:
CIAI:

050

Niño Melchor

Valle Sagrado

Yo, Eddy Yucra Corpio, identificada(o) con DNI N° 4.620.46.87, 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) Sharon Katherine Gomez Yucra, que mi hija/o, se encuentra afiliado al siguiente sistema de salud (marque la/s opción/es que corresponda/n):

- ☒ 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)

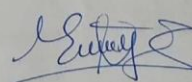
De no estar afiliado a ningún sistema de salud me comprometo a continuar con los trámites hasta obtener la afiliación a algún sistema de aseguramiento en salud (SIS, ESSALUD, otros).

Lugar y fecha: Urb. Bambas, 06 de julio



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal


Eddy Yucra Corpio



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	Código	UTAI-FR-197
		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 : Niño Melchor
CIAI : Valle Sagrado

Yo, Eddy Yucra Corpio, identificada/o con DNI N° 46204087 y en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N° madre, en mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) madre de:

1. Sharon Katheling Gomez Yucra
2.

Autorizo a las siguientes personas, quienes son mayores de edad y mis familiares directos:

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección y Teléfono de contacto
1	Eddy Yucra Corpio	46204087	Madre	978662721
2	Nelida Yucra Corpio	43882896	Tía	969423456
3	Anderson Gomez Figueroa	44993305	padre	950824355

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

Estoy informada(o) de que, en ningún caso, mi niña(o) será entregada(o) a otra persona que no sea la(s) autorizada(s) por mí.

Fecha: 06/06/2022

[Firma]
Firma Madre

PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

[Firma]
Lic. Albert Mercedes Ayme Alagon
ACOMPANANTE TÉCNICO PEDAGÓGICO UT - CUSCO
Acompañante Técnico

[Firma]
Firma Padre

Firma de Madre
Cuidadora

[Firma]
Firma persona autorizada
(1)

[Firma]
Firma persona autorizada
(2)



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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:

Comité de Gestión:

CIAI:

Yo, Edder Yucra Corpoo identificada(o) con DNI No. 46204087 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) Shayra Matheling Gomez 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: Urb. Bomba, 06 de julio



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador principal
N° DNI: 46204087

Edder Yucra Corpoo

*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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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: Mesa Hachay
CIAI: Valle Siderado

Yo Eddy Yucra Corpico madre/padre/cuidador
principal identificada/o con DNI N° 46204087 y en el caso de extranjeros (Carné de
extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) de la niña o
niño Sharon Katherine Gomez Yucra declaro bajo
juramento que:

Dirección de mi domicilio: Jr. Espinosa 508

Nombre de mi centro de Trabajo: Botica mi Salud

Dirección de mi centro de trabajo: Jr. Espinosa No 508

Días y horario de trabajo: 7 am - 1 pm lunes a viernes

Teléfono(s) de referencia en casos de emergencia:

- 978 66 27 21
- 969 42 34 56

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

Lugar y fecha: Urubamba, 06 julio



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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE LA FAMILIA USUARIA- SCD

Unidad Territorial: CUSCO

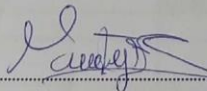
Comité de Gestión: NIÑO MELCHOR

CIAI: VALLE SAGRADO (X) MUNICIPAL YANAHUARA ()

Yo, Eddy Yucra Corpaco....., identificado con DNI N° 46204087,
domiciliado en Jr. Espinosa s/n....., (padre/madre/Cuidador
principal) madre..... de la niña o el niño Sharon Gomez Yucra,
mediante el presente documento, **acepto** voluntariamente participar en la prestación de los servicios
del Servicio de Cuidado Diurno 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:

- No llevar a mi niña/niño al servicio Cuna Más cuando esté enferma (o), o haya estado en contacto con personas con COVID-19, o haya tenido un accidente que amerite cuidados.
- Estar protegido o inmunizado con las vacunas contra la COVID-19, (mínimo 02 dosis)¹.
- Cumplir con los protocolos de seguridad implementados en el CIAI (Centro Infantil de Atención Integral) durante el ingreso.


.....

Firma

Fecha: 22/09/22

DNI: 46204087

¹ El número de dosis estará condicionado a las disposiciones que establezca el Gobierno Central para la prevención de la COVID-19, pudiendo requerirse las dosis de refuerzo.



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

- Legajo documentario del niño: **Aldy Ismael Ayoso Oviedo**

COMITÉ DE GESTION NIÑO MELCHOR-SCD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO(A): Aldy Ismael
Ayoso Oviedo

FECHA DE NACIMIENTO: 29-12-2021

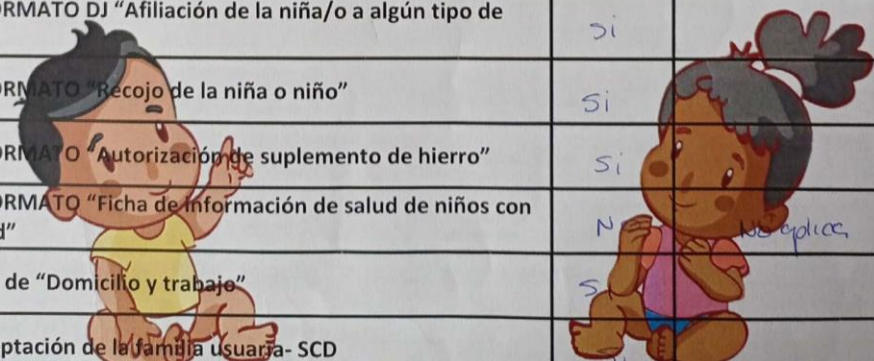
FECHA DE INGRESO: 01-09-2022

NOMBRES DE APELLIDOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL:
Karina Oviedo Huaman

NRO DE CELULAR: 958339743



DOCUMENTOS	SI/ NO	OBSERVACIONES
Anexo 09 FORMATO "Ficha Familiar de Empadronamiento de la Usuaría/o – SCD – SAF"	Si	
Anexo 10 FORMATO "Ficha de información de la usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"	No aplica	Niño sin discapacidad
Fotocopia del DNI de la niña o niño.	Si	
Fotocopia del DNI de los padres o tutores	Si	
Fotocopia del Carné de Atención Integral de Salud del Niño o Niña (CRED)	Si	
Fotocopia del seguro (SIS, Essalud u otros)	Si	
Anexo 02 FORMATO "Carta de Compromiso de la Familia – SCD"	Si	
Anexo 03 FORMATO DJ "Estado de salud del niño niña".	Si	
Anexo 04 FORMATO DJ "Afiliación de la niña/o a algún tipo de seguro"	Si	
Anexo 05 FORMATO "Recojo de la niña o niño"	Si	
Anexo 06 FORMATO "Autorización de suplemento de hierro"	Si	
Anexo 07 FORMATO "Ficha de información de salud de niños con discapacidad"	No aplica	
Anexo 08 DJ de "Domicilio y trabajo"	Si	
Carta de aceptación de la familia usuaria- SCD	Si	





PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Programa Nacional
CUNA MAS



Siempre
con el pueblo

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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 GENERALES1.1 Servicio ☐ SAF ☐ SCD1.2 Fecha de empadronamiento:
Día Mes Año

1.3 Datos del Acompañante Técnico

1146	Albert Ayme Alagon
Código Acomp. Técnico	Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico
815	Niño Melchor
Código C.G.	Nombre CG

1.4 Datos del Actor Comunal a cargo

56360152	Sonia Espinoza Champi
Código Madre Cuidadora o Facilitador/a	Nombre y Apellido de la Madre Cuidadora o Facilitador/a

1.5 Para el caso del SCD

CIAT	MÓDULO
Valle Sagrado	Bebes y Gateadores I

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

2.1 Ubicación de la vivienda

Cusco	Urubamba
Departamento	Provincia
Urubamba	
Distrito	Centro Poblado (CCPP)
	Cusco
Código UT	Unidad Territorial
Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera	

Tipo:	1	2	3	4	5	☒ 6
	Avenida	Calle	Jirón	Pasaje	Carretera	Otro

APU Valle Sagrado
Nombre de la vía

Nº de puerta	Bloque	Interior

	L T 2 A		
Piso	Manzana	Lote	Kilómetro

Referencia

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS

3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑO/A 1

	Aldy Ismael
Código	Nombres
Ayoso	Ousado

Apellido Paterno Apellido Materno

291222	07	☒ Masculino ☐ Femenino
Fecha Nacimiento	Edad Meses	Sexo

3.2 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite) ☒ Sí ☐ No3.3 (Si responde SI 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	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	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 3.8 Establecimiento de salud donde se atiende 3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia ☐ Sí ☐ No3.10 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS? ☐ Sí ☒ No3.11 ¿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 ☒ No

	Tiene documento		
3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	☒ Sí	☐ No	En caso de "Sí", ¿cuántas?
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	☒ Sí	☐ No	6
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	☒ Sí	☐ No	6

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	☒ No → continuar con el llenado de la presente ficha.



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIA/O DEL SCD - SAF	Código	UTAI-FR-201
		Versión	00
		Página	Página 2 de 5

3.16 DATOS PERSONALES DE LA NIÑA/O 2

Código	Nombres <u>Aldy Ismael</u>
Apellido Paterno <u>Avoso</u>	Apellido Materno <u>Oviedo</u>

Fecha Nacimiento <u>29/12/2021</u>	Edad Meses <u>11</u>	Masculino ☒ Femenino ☐
---------------------------------------	-------------------------	---

3.17 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite) ☒ Sí ☐ No

3.18 (Si responde SI en la 3.17) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad? 92887541

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	☐	Carné de Extranjería
4	☐	Cédula de Identificación
5	☐	Carné de Permiso Temporal de Permanencia

3.21 ¿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	☒	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	<u>Centro de Salud U. Suburbana</u>
3.24 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	☒ Sí ☐ No

3.25 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS? ☐ Sí ☒ No

3.26 ¿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 ☒ No

	Tiene documento		
3.27 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	☒ Sí ☐ No	En caso de "Sí", ¿cuántas?	
3.28 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	☒ Sí ☐ No		<u>9</u>
3.29 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	☒ Sí ☐ No		

3.30 ¿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	☐	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

IV. DATOS DE LA FAMILIA

4.1 Datos del cuidador principal

Código	Nombres <u>Narina</u>
--------	--------------------------

Apellido Paterno <u>Oviedo</u>	Apellido Materno <u>Huaman</u>
-----------------------------------	-----------------------------------

Fecha Nacimiento <u>12/09/1941</u>	Edad (años) <u>31</u>	Masculino ☐ Femenino ☒
---------------------------------------	--------------------------	---

Número de teléfono 958339743

4.2 ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta?

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 del Documento de Identidad 47338312

4.3 ¿Sabe leer y escribir? ☒ Sí ☐ No

4.4 ¿Cuántos hijos tiene? (apuntar el número, si no tiene ninguno apuntar "00") 2

4.5 ¿Cuál es su parentesco con el niño/la niña que se está registrando? (respuesta múltiple si fuera más de una niña/niño empadronado)

1	☐	Papá	4	☐	Tío/a
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	☐	Viudo/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	☐	EsSalud
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:)
7	☐	Ninguno



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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

4.10 ¿Cuál es su ocupación principal?

1	Trabajador dependiente asalariado	6	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	¿Un pueblo indígena u originario?	En caso la respuesta sea SI, especifique tomando en cuenta el Anexo 01.
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	☒ ¿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	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	☒ 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 Aldy Ismael		
Ayoso Apellido Paterno	oviedo Apellido Materno	
29/12/2021 Fecha Nacimiento	19 Edad (años)	92887541 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	958339743
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	



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Sonic

En vez de Angel. q. pasa a Caminantes "Con Sofici"



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"



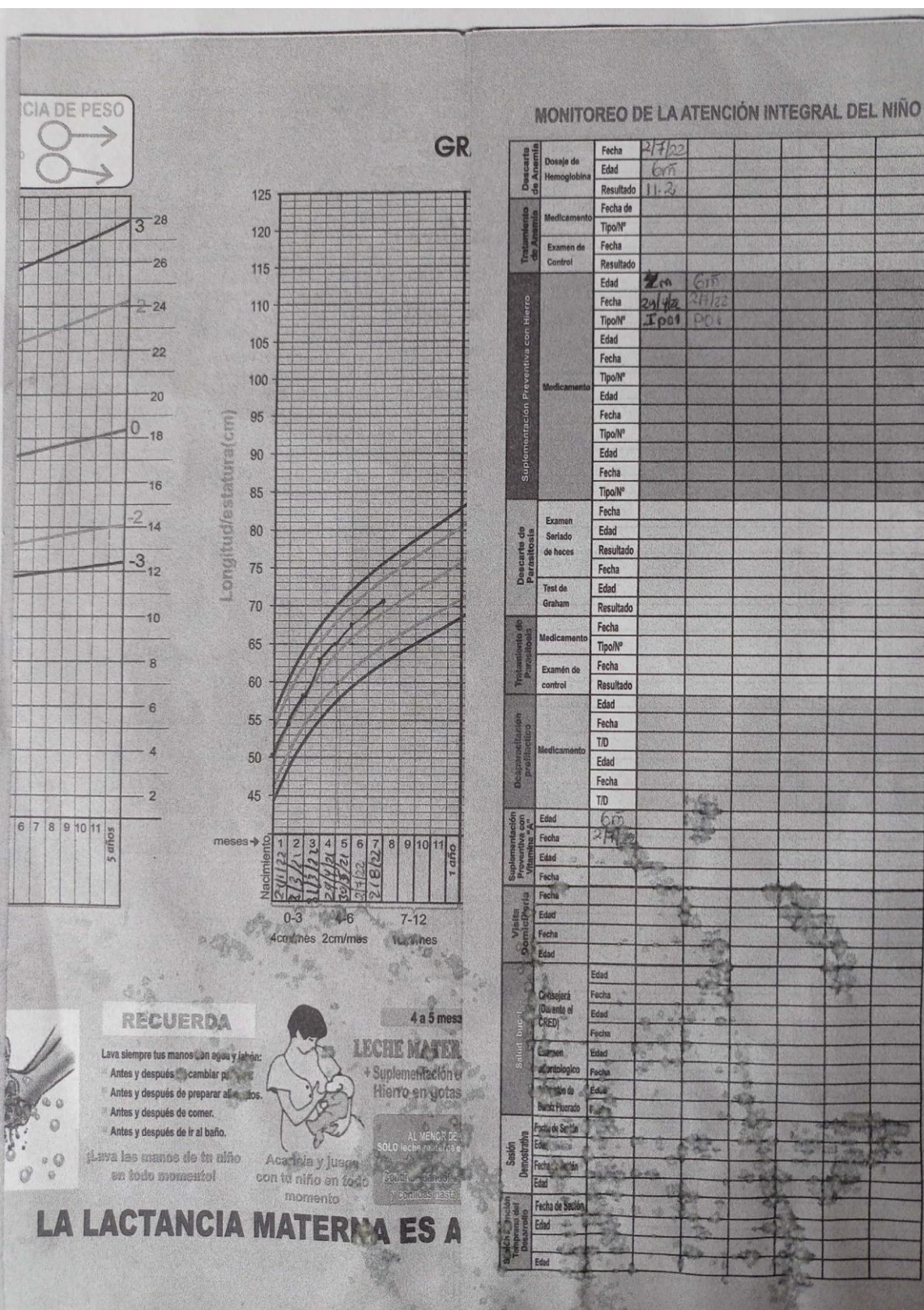
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

[illegible]

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"





PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

6/1/23, 17:48

Consultas en Línea SIS - Detalle

SIS

Seguro
Integral
de Salud

CONSULTAS EN LÍNEA

Verifique su condición de asegurado en:

SISGRATUITO - SISINDEPENDIENTE - SIS **ARREGLADO** - SISEMPRENDEDOR - SISMICROEMPRESAS

Imprimir

Volver

Nueva Consulta

Página Principal

DATOS PERSONALES

Apellidos y Nombres

Documento de Identidad

DATOS DEL SEGURO

N° de afiliación / inscripción

Tipo de seguro

Tipo de asegurado

Tipo de formato

Fecha de afiliación / levantamiento

Plan de Beneficios

Establecimiento de salud

Ubicación de establecimiento de salud

DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO

Estado

AYOSO OVIEDO, ALDY ISMAEL

DNI 92687541

2-92687541

SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)

GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA

TITULAR

AFILIACIÓN DIRECTA

13 / 01 / 2022

PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS

081301A201 (RENAES: 0000002540) URUBAMBA

Dpto: CUSCO - Prov: URUBAMBA - Dist: URUBAMBA

ACTIVO

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO	Código	UTAI-FR-194
	CARTA DE COMPROMISO DE LA	Versión	00
	FAMILIA - SCD	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: Cusco
Comité de Gestión: Unión Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Marina Oviedo Huaman, identificado con DNI N° 42238212 y en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N° _____, domiciliado en Valle Sagrado, Cuzco,
(padre/madre/Cuidador principal) Aldy Ismael Ayosa Oviedo la niña o el niño _____, 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 continúe 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 y la inscripción en el Registro Nacional de la Persona con discapacidad (RNPCD) ante las instancias correspondientes (MINSA – CONADIS)
- Doy autorización al PNCM para compartir la información brindada sobre mi hija/o y de su cuidador principales con otras entidades del Estado, en el marco de las competencias y funciones del Programa.

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. De la misma manera para la aplicación de la Ficha de Señales de Alerta cada cierto tiempo de acuerdo a lo normado 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.

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO CARTA DE COMPROMISO DE LA FAMILIA - SCD	Código	UTAI-FR-194
		Versión	00
		Página	2 de 2

- 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.
- No llevaré a mi niña o niño al Servicio de Cuidado Diurno cuando esté enferma/o, o haya tenido un accidente que amerite cuidados especiales en el hogar y lo conduciré inmediatamente a un Establecimiento de Salud para su atención oportuna cuando esté enferma/o.
- Acudiré al CIAI ante el llamado de la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico si se presentara alguna actividad del programa.
- Acudiré al CIAI o al Establecimiento de Salud cuando sea requerido por la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico para buscar la atención de mi niña o niño, cuando la situación lo requiera o se afecte su vida, salud o integridad.
- Informaré a la madre cuidadora (antes del ingreso a la cuna) sobre algún evento que haya acontecido el fin de semana y que ocasionó alguna marca en el cuerpo de mi niña/niño (rasmillón, moretón, herida, etc.).
- Llevaré diariamente la muda de ropa de mi niña o niño de acuerdo al clima. La muda incluye: 1 polo manga corta o larga, 1 pantalón, short o vestido, 1 par de medias, 1 ropa interior, 3 pañales de tela o desechables (en caso se requiera).
- Brindaré a mi niña o niño desayuno y cena en el hogar, complementando la alimentación brindada en el Servicio de Cuidado Diurno. Llevaré a mi niña o niño sin ningún alimento adicional ejemplo: frutas, galletas, jugos u otros, para el consumo en el CIAI.

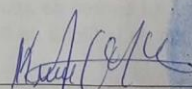
PARA EL CASO DE CONTEXTOS NO PRESENCIALES:

- Daré a mi niña/o el suplemento de hierro preventivo de acuerdo a las indicaciones por parte del Establecimiento de Salud.
- Llevaré a mi niña o niño a su Control CRED de acuerdo a su edad e informar al programa sobre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Comunicaré 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 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.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de la Ficha de Señales de Alerta – DIT, 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 al egreso de mi niña o niño, de acuerdo a los criterios establecidos en el programa.
- Atenderé las llamadas telefónicas y/u otro tipo de comunicación remota de parte de la Guía de Familia, Madre Cuidadora o Madre Guía, según la fecha y hora coordinada previamente, de acuerdo a las actividades del programa. De presentar inconvenientes informar oportunamente al actor comunal a cargo y se reprogramará a una fecha cercana.
- Los alimentos proporcionados por el programa los brindaré únicamente a mi niña o niño, los cuales serán complementados con la alimentación brindada en el hogar. He recibido información sobre la atención alimentaria y entrega de alimentos no perecibles del SCD.

Consecuencia del incumplimiento de compromisos de los padres

En caso de incumplir los compromisos asumidos, asistiré a las reuniones convocadas por el Comité de Gestión para explicar el motivo y en caso de ser reiterativo el incumplimiento, aceptaré las medidas adoptadas por el Comité de Gestión.

Lugar y Fecha: 01 Setiembre 2022, Urubamba


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

DNI 47338312



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA NIÑA O NIÑO	Código	UTAI-FR-195
		Versión	00
		Página	1 de 1

Unidad Territorial: Cusco
Comité de Gestión: Niño Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Karina Ouedo Huan, identificada(o) con DNI u otro documento N° 47338312 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) Nadie de la/del niña/o Aldy Ismael Ouedo Ouedo, declaro bajo juramento que mi hija/o (marcar una de las siguientes alternativas y consignar en las líneas punteadas la información que corresponda):

- ☐ Es alérgico a los siguientes medicamentos
- ☐ Es alérgico a los siguientes sustancias químicas
- ☐ Es alérgico a los siguientes alimentos
- ☐ Tiene una enfermedad crónica o congénita y requiere medicación continua
- ☒ Padece una enfermedad crónica o congénita (no requiere medicación)
- ☒ No tiene ninguna alergia y/o intolerancia o enfermedad crónica o congénita

De ser el caso se adjunta diagnóstico médico.

Lugar y fecha: 01 Setiembre 2022, Urubamba



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal

Nombre y Firma Padre / Madre o Apoderado
DNI:



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO	Código	UTAI-FR-196
	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: Mpio. Melgar
CIAI: Valle Sagrada

Yo, Marina Oviedo Huaman, identificada(o) con DNI N° 4733820, 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) de la niña(o) Aldy Ismael Ayoso Oviedo, que mi hija/o, se encuentra afiliado al siguiente sistema de salud (marque la/s opción/es que corresponda/n):

- ☒ 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 (especifique)

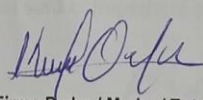
Asimismo, adjunto la evidencia correspondiente (fotografía o fotocopia)

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: Urubamba 2 de Septiembre



Huella digital


Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal
Marina Oviedo Huaman



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO	Código	UTAI-FR-197
	AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	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 : Niño Melchor
CIAI : Valle Sagrado

Yo, Karina Oviedo Huaman, identificada/o con DNI
N° 47338312 y en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de
Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) N° madre, en
mi condición de (madre/padre/tutor/cuidador principal) madre de:

1. Aldy Ismael Ayoso Oviedo
2.

Autorizo a las siguientes personas, quienes son mayores de edad y mis familiares directos:

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección y Teléfono de contacto
1	Aldy Ayoso Guevara	44597251	Padre	APU. Valle Sagrado 948600084
2	Karina Oviedo Huaman	47338312	mamá	APU Valle Sagrado
3				

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

Estoy informada(o) de que, en ningún caso, mi niña(o) será entregada(o) a otra persona que no sea la(s) autorizada(s) por mí.

Fecha: 1 / 1

[Firma]
Firma Madre

[Firma]
Firma Padre

PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS

Acompañante Técnico Alber Mezas Ayme Alagon
ACOMPANANTE TECNICO PEDAGOGICO UT - CUSCO

[Firma]
Firma persona autorizada
(1)

Firma de Madre
Cuidadora
[Firma]
Firma persona autorizada
(2)



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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: Marina Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Marina Ouedo Huaman identificada(o) con DNI No. 47338312 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) de la/el niña(o) Nedy Ismael Ayosa Ouedo..... 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: Urubamba 01-08-22



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador principal
N° DNI: 47338312

*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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO	Código	UTAI-FR-200
	DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SCD	Versión	00
		Página	1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: Cusco
Comité de Gestión: Alonso Reinos
CIAI: Valle Sagrado

Yo Karina Ouedo Huaman madre/padre/cuidador principal identificada/o con DNI N° 42338312 y en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) de la niña o niño declaro bajo juramento que:

Dirección de mi domicilio: Valle Sagrado

Nombre de mi centro de Trabajo: Cuna Mas

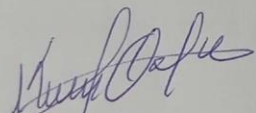
Dirección de mi centro de trabajo: D.R.V. Valle Sagrado

Días y horario de trabajo: Lunes a Viernes

Teléfono(s) de referencia en casos de emergencia: 958339747 ó 948600084

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

Lugar y fecha: Urubamba 2 de Septiembre



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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE LA FAMILIA USUARIA- SCD

Unidad Territorial: CUSCO

Comité de Gestión: NIÑO MELCHOR

CIAI: VALLE SAGRADO (X) MUNICIPAL YANAHUARA ()

Yo, ... Marina Quieto Huaman, identificado con DNI N° 47338312
domiciliado en A.P.V. Valle Sagrado, (padre/madre/Cuidador
principal) madre de la niña o el niño Aldy Ismael Ayaso Quieto
mediante el presente documento, **acepto** voluntariamente participar en la prestación de los servicios
del Servicio de Cuidado Diurno 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:

- No llevar a mi niña/niño al servicio Cuna Más cuando esté enferma (o), o haya estado en contacto con personas con COVID-19, o haya tenido un accidente que amerite cuidados.
- Estar protegido o inmunizado con las vacunas contra la COVID-19, (mínimo 02 dosis)¹.
- Cumplir con los protocolos de seguridad implementados en el CIAI (Centro Infantil de Atención Integral) durante el ingreso.

.....
Firma

Fecha: 27.09.2022

DNI: 47338312

¹ El número de dosis estará condicionado a las disposiciones que establezca el Gobierno Central para la prevención de la COVID-19, pudiendo requerirse las dosis de refuerzo.



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

- Legajo de documentos de la niña: **Dayana Samantha Franco Fernandez**

COMITÉ DE GESTION NIÑO MELCHOR-SCD

NOMBRES Y APELLIDOS DEL NIÑO(A): Dayana
Samantha Franco Fernandez

FECHA DE NACIMIENTO: 28-02-2021

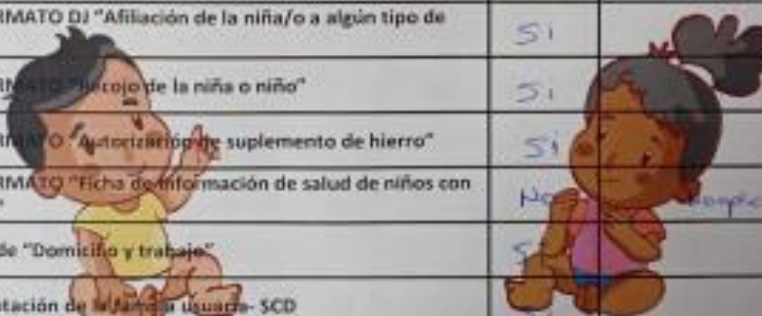
FECHA DE INGRESO: 01-04-2022

NOMBRES DE APELLIDOS DEL CUIDADOR PRINCIPAL:
Hiram Fernandez Chavez

NRO DE CELULAR: 949281806



DOCUMENTOS	SI/ NO	OBSERVACIONES
Anexo 09 FORMATO "Ficha Familiar de Empadronamiento de la Usuari/a - SCD - SAF"	SI	
Anexo 10 FORMATO "Ficha de información de la usuaria/o y/o cuidador principal con discapacidad"	NO	No aplica
Fotocopia del DNI de la niña o niño.	SI	
Fotocopia del DNI de los padres o tutores	SI	
Fotocopia del Carné de Atención Integral de Salud del Niño o Niña (CRED)	SI	
Fotocopia del seguro (SI5, Essalud u otros)	SI	
Anexo 02 FORMATO "Carta de Compromiso de la Familia - SCD"	SI	
Anexo 03 FORMATO DJ "Estado de salud del niño niña".	SI	
Anexo 04 FORMATO DJ "Afiliación de la niña/o a algún tipo de seguro"	SI	
Anexo 05 FORMATO "Bucelo de la niña o niño"	SI	
Anexo 06 FORMATO "Autorización de suplemento de hierro"	SI	
Anexo 07 FORMATO "Ficha de información de salud de niños con discapacidad"	NO	No aplica
Anexo 08 DJ de "Domicilio y trabajo"	SI	
Carta de aceptación de la familia usuaria- SCD	SI	





PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social



Programa Nacional CUNA MÁS



Siempre con el pueblo



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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				
1.2 Fecha de empadronamiento:	01	05	22	Día	Mes	Año
1.3 Datos del Acompañante Técnico	1146	Ayme Akson Albar	Código Acomp. Técnico	Nombres y Apellidos del Acomp. Técnico		
815	Niño Melchor	Código C.G.	Nombre CG			
1.4 Datos del Actor Comunal a cargo	2532821	Yosi Saime Quispe	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
Valle Sagrado	Rebas y Geteractores II	

II. LOCALIZACIÓN DE LA VIVIENDA

2.1 Ubicación de la vivienda	Cusco	Urubamba	Departamento	Provincia			
Urubamba			Distrito	Centro Poblado (CCPP)			
	Cusco		Código UT	Unidad Territorial			
Nombre de la comunidad (campesina o nativa) si es que correspondiera							
Tipo:	1	2	3	4	5	6	7
	Avenida	Calle	Jirón	Pasaje	Carretera	Otro	
APU. Valle Sagrado 5/N							
Nombre de la vía							

Nº de puerta	Bloque	Interior	
Piso	Manzana	Lote	Kilómetro
Ccotoquincho			
Referencia			

III. DATOS DE LOS NIÑOS Y NIÑAS USUARIAS/OS

3.1 DATOS PERSONALES DE NIÑO/A 1	Código	Dayane Samantha	Nombres
Franco	Fernandez		

Apellido Paterno	Apellido Materno
260221	09
Fecha Nacimiento	Edad Meses
Masculino	Femenino
Sexo	

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

3.3 (Si responde SI en la 3.2) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?	92248282
--	----------

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	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	2540	
3.8 Establecimiento de salud donde se atiende	Urubamba	
3.9 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia	Sí	No
	X	

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	No
		X

3.12 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?	Tiene documento		En caso de "SI", ¿cuántas?
	Sí	No	
3.13 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo	Sí	No	2
3.14 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)	Sí	No	8

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	No → continuar con el llenado de la presente ficha.

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

FORMATO FICHA FAMILIAR DE EMPADRONAMIENTO DE LA USUARIO/O DEL SCD – SAF		Código Versión Página	01A1-FR-201 00 Página 2 de 5														
3.16 DATOS PERSONALES DE LA NIÑA/O 2																	
Código	Nombres <u>Dayana</u>																
Apellido Paterno <u>Franco</u>	Apellido Materno <u>Fernandes</u>																
Fecha Nacimiento <u>26/02/2021</u>	Edad Meses <u>20</u>	Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino															
3.17 ¿Niño/a cuenta con DNI u otro documento? (En físico o en trámite)		☒ Sí ☐ No															
3.18 (Si responde SI en la 3.17) ¿Cuál es el Número del Documento Nacional de Identidad?		<u>92248282</u>															
3.19 (Si responde NO en pregunta 3.17) ¿Por qué no tiene DNI?		<u>—</u>															
3.20 (Si responde NO en pregunta 3.17) ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta el niño/a?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Certificado de nacido vivo</td></tr> <tr><td>2</td><td>Partida de nacimiento</td></tr> <tr><td>3</td><td>Carné de Extranjería</td></tr> <tr><td>4</td><td>Cédula de Identificación</td></tr> <tr><td>5</td><td>Carné de Permiso Temporal de Permanencia</td></tr> </table>		1	Certificado de nacido vivo	2	Partida de nacimiento	3	Carné de Extranjería	4	Cédula de Identificación	5	Carné de Permiso Temporal de Permanencia						
1	Certificado de nacido vivo																
2	Partida de nacimiento																
3	Carné de Extranjería																
4	Cédula de Identificación																
5	Carné de Permiso Temporal de Permanencia																
3.21 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a el niño/a?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>EsSalud</td></tr> <tr><td>2</td><td>Seguro de Salud de FF.AA. – P.N.P.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Seguro Privado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Seguro Integral de Salud (SIS)</td></tr> <tr><td>5</td><td>Aseguramiento Universal en Salud (AUS)</td></tr> <tr><td>6</td><td>Otro (Especifique: _____)</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ninguno</td></tr> </table>		1	EsSalud	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		
1	EsSalud																
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		<u>Centro de Salud Urbano</u>															
3.24 El EESS está en la localidad/ comunidad de residencia		☒ Sí ☐ No															
3.25 ¿El niño o niña se encuentra afiliado/a al programa JUNTOS?		☐ Sí ☒ No															
3.26 ¿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 ☒ No															
3.27 ¿Tiene carné de atención integral de salud (CRED)?		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th>Tiene documento</th> <th>En caso de "SI", ¿cuántas?</th> </tr> <tr> <td>☒ Sí ☐ No</td> <td><u>12</u></td> </tr> </table>		Tiene documento	En caso de "SI", ¿cuántas?	☒ Sí ☐ No	<u>12</u>										
Tiene documento	En caso de "SI", ¿cuántas?																
☒ Sí ☐ No	<u>12</u>																
3.28 Registra las fechas de controles de crecimiento y desarrollo		☒ Sí ☐ No															
3.29 Registra las fechas de aplicación de vacunas (neumococo, rotavirus, pentavalente y polio)		☒ Sí ☐ No															
3.30 ¿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 o 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																	
Código		Nombres <u>MIRIAN</u>															
Apellido Paterno <u>Fernandes</u>		Apellido Materno <u>CHAVEZ</u>															
Fecha Nacimiento <u>25/11/1986</u>	Edad (años) <u>36</u>	Sexo ☒ Masculino ☐ Femenino															
Número de teléfono		<u>999281806</u>															
4.2 ¿Con qué tipo de documento de identidad cuenta?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>DNI (o documento que muestre que está en trámite)</td></tr> <tr><td>2</td><td>Carné de Extranjería</td></tr> <tr><td>3</td><td>Cédula de Identificación</td></tr> <tr><td>4</td><td>Carné de Permiso Temporal de Permanencia</td></tr> </table>		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								
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 del Documento de Identidad		<u>44244424</u>															
4.3 ¿Sabe leer y escribir?		☒ Sí ☐ No															
4.4 ¿Cuántos hijos tiene? (apuntar el número, si no tiene ninguno apuntar "00")																	
4.5 ¿Cuál es su parentesco con el niño/la niña que se está registrando? (respuesta múltiple si fuera más de una niña/niño empadronado)																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Papá</td></tr> <tr><td>2</td><td>Mamá</td></tr> <tr><td>3</td><td>Abuelo/a</td></tr> </table>		1	Papá	2	Mamá	3	Abuelo/a	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>4</td><td>Tío/a</td></tr> <tr><td>5</td><td>Hermano/a</td></tr> <tr><td>6</td><td>Otro (Especifique: _____)</td></tr> </table>		4	Tío/a	5	Hermano/a	6	Otro (Especifique: _____)		
1	Papá																
2	Mamá																
3	Abuelo/a																
4	Tío/a																
5	Hermano/a																
6	Otro (Especifique: _____)																
4.6 ¿Cuál es su estado civil del cuidador principal?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Soltero/a</td></tr> <tr><td>2</td><td>Casado/a</td></tr> <tr><td>3</td><td>Conviviente</td></tr> </table>		1	Soltero/a	2	Casado/a	3	Conviviente	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>4</td><td>Separado/a</td></tr> <tr><td>5</td><td>Divorciado/a</td></tr> <tr><td>6</td><td>Viudo/a</td></tr> </table>		4	Separado/a	5	Divorciado/a	6	Viudo/a		
1	Soltero/a																
2	Casado/a																
3	Conviviente																
4	Separado/a																
5	Divorciado/a																
6	Viudo/a																
4.7 ¿Cuál es su nivel educativo?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>Ninguno</td></tr> <tr><td>2</td><td>Inicial</td></tr> <tr><td>3</td><td>Primaria</td></tr> <tr><td>4</td><td>Secundaria</td></tr> </table>		1	Ninguno	2	Inicial	3	Primaria	4	Secundaria	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>5</td><td>Superior no universitaria</td></tr> <tr><td>6</td><td>Superior universitaria</td></tr> <tr><td>7</td><td>Post grado u otro nivel</td></tr> </table>		5	Superior no universitaria	6	Superior universitaria	7	Post grado u otro nivel
1	Ninguno																
2	Inicial																
3	Primaria																
4	Secundaria																
5	Superior no universitaria																
6	Superior universitaria																
7	Post grado u otro nivel																
4.8 ¿A qué tipo de Seguro de Salud está afiliado/a?																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>1</td><td>EsSalud</td></tr> <tr><td>2</td><td>Seguro de Salud de FF.AA. – P.N.P.</td></tr> <tr><td>3</td><td>Seguro Privado</td></tr> <tr><td>4</td><td>Sistema Integral de Salud (SIS)</td></tr> <tr><td>5</td><td>Aseguramiento Universal en Salud (AUS)</td></tr> <tr><td>6</td><td>Otro (Especifique: _____)</td></tr> <tr><td>7</td><td>Ninguno</td></tr> </table>		1	EsSalud	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: _____)	7	Ninguno		
1	EsSalud																
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: _____)																
7	Ninguno																

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

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

4.9 Código de Afiliación a Seguro de Salud	
--	--

4.10 ¿Cuál es su ocupación principal?	
1 ☒	Trabajador dependiente asalariado
2	Trabajador independiente
3	Empleador
4	Servicio doméstico
5	Estoy desempleado/a
6	Quehaceres del hogar
7	Estudiante
8	Jubilado/a
9	Trabajador/a familiar no remunerado/a
10	Sin actividad

4.11 ¿Ud. Pertenecer 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	¿Un pueblo indígena u originario?	En caso la respuesta sea SÍ, especifique tomando en cuenta el Anexo 01.
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 ☒	¿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 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	
------------------------	--

Nombres DAYANA SAMANTHA	
FRANCO	
Apellido Paterno	
FERNANDEZ	
Apellido Materno	
26022021	
Fecha Nacimiento	
20	
Edad (años)	
4424424	
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		949281806
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	

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

REPÚBLICA DEL PERÚ

CU
92248282-7

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACIÓN Y ESTADO CIVIL
DOCUMENTO NACIONAL DE IDENTIDAD DNI

Primer Apellido
FRANCO

Segundo Apellido
FERNÁNDEZ

Pre Nombres
DAYANA SAMANTHA

Nacimiento: Fecha y Ubicatio
26 02 2021 070106

Sexo
F

Fecha Inscripción
17 06 2021

Fecha Emisión
08 07 2021

Fecha Caducidad
06 07 2029

92248282

I<PER92248282<7<<<<<<<<<<<<<<<<
2102263F2907066PER<<<<<<<<<<<<<<8
FRANCO<<DAYANA<SAMANTHA<<<<<<<

Madre FERNANDEZ
CHAVEZ
MIRIAM
DN/ILE 44244424

Padre FRANCO
PUMA
JUAN TORIBIO
DN/ILE 48441381

Domicilio del Menor
ASOC.PRO. VIVIENDA VALLE SAGRADO COTOHUNCHO

DisCo
URUBAMBA

Provincia
URUBAMBA

Departamento
CUSCO

Observaciones

Indice D. Decia

Comisión de Verificación
del INEEL

8

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
 "Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
 "Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

[illegible]

CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO
CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO	CONSTANCIA DE SUFRAGIO

Departamento
CUSCO

Provincia
URUBAMBA

Distrito
URUBAMBA

Dirección

2DA ETAPA ASOCIACION VALLE SAGRADO H-22

Observaciones

Donación de Organos **NO** Grupo de Votación **2**



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

Ganancia adecuada				Ganancia inadecuada			
Fecha	Edad	N° Control	Peso	Control Ganancia	Talla	Control Ganancia	Control Talla
26/02/21	1m	1°	4.020	0	51.0	0	75
26/07/21	2m	2°	4.818	0	53.4	0	77
28/08/21	4m	3°	5.065	0	59.8	0	78
27/09/21	6m	4°	6.635	0	62.4	0	78
27/10/21	7m	5°	7.010	0	64.2	0	78
26/11/21	9m	6°	7.540	0	66.7	0	78
01/12/21	10m	7°	7.995	0	67.9	0	78
31/12/21	11m	8°	8.065	0	69	0	78
1/3/22	1a	1°	8.175	0	69.8	0	78
26/4/22	14m	2°	8.230	0	71.2	0	78
27/6/22	16m	3°	8.100	0	71.9	0	78
9/7/22	1a6m	4°	8.650	0	74.5	0	78

PERÚ Ministerio de Salud

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

N° DE HISTORIA CLÍNICA: 26223

Código de Afiliación: J.10-2-92248282

Nombre de la Niña: DAYANA S. FRANCO FERNANDEZ

Fecha de Nacimiento: 26-02-21 DN 92248282

Nombre de la Madre: MIRIAM FERNANDEZ DN 4424424

Nombre del Padre: JUAN T. FRANCO P. DN 48441381

Dirección: CECOTOTUWACHO

Lugar de Atención: COSUQUERAMINON Teléfono: _____

Programa Social: _____

VACUNARLA ES UN GESTO DE AMOR

CITA

CONTROL: 26/10/22
VACUNA: 16:30 pm
OTRO: _____

Anotar Fechas

BCG (TUBERCULOSIS) (RN): 26/02/21 HVB (ANTI-HEPATITIS) (RN): 26/02/21

IPV / ANTIPOLIO

1° dosis (2 meses) (IV-IPV): 26-4-21 2° dosis (4 meses) (IV-IPV): 28-6-21 3° dosis (6 meses) ORAL: 27-8-21

PENTAVALENTE (DPT + Hib + HVB)

1° dosis (2 meses): 26-4-21 2° dosis (4 meses): 28-6-21 3° dosis (6 meses): 27-8-21

NEUMOCOCCO

1° dosis (2 meses): 26-4-21 2° dosis (4 meses): 28-6-21 3° dosis (12 meses): 01/03/22

ROTAVIRUS

1° dosis (2 meses): 26-4-21 2° dosis (4 meses): 28-6-21

INFLUENZA

1° dosis (6 meses): 27/8/22 2° dosis (7 meses): 27-9-22

1 Año: P 2 Años: _____

SPR (SARAMPION, PAPERAS, RUBÉOLA)

1° dosis (12 meses): 01/3/22 2° dosis (18 meses): 09/09/22 VARICELA (1a): 01/3/22

ANTIAMARILICA

(15 meses): 06-06-22 26/4/22

REFUERZOS

1° Ref. DPT (18 meses): 09/09/22 2° Ref. DPT (4 años): _____

1° Ref. Antipolio (Oral 18 meses): 09/09/22 2° Ref. Antipolio (Oral 4 años): _____

OTRAS VACUNAS



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

2020

SIS Seguro Integral de Salud

Consultas en Línea
Verifique su condición de asegurado en:

SIS GRATUITO SIS EMPRENDEDOR SIS INDEPENDIENTE SIS MICROEMPRESAS

Impañado Volver Nueva Consulta Registro de Consultas

DATOS PERSONALES	
Apellidos y Nombres	FRANCO FERNANDEZ, DAYANA SAMANTHA
Documento de Identidad	DNI 92248282
DATOS DEL SEGURO	26/02/21
N° de afiliación / inscripción	2-92248282
Tipo de seguro	SUBSIDIADO (SIS GRATUITO)
	GRUPO POBLACIONAL DETERMINADO POR NORMA
Tipo de asegurado	TITULAR
Tipo de formato	AFILIACIÓN DIRECTA
Fecha de afiliación / levantamiento	15 / 03 / 2021
Plan de Beneficios	PEAS MÁS PLANES COMPLEMENTARIOS
Establecimiento de salud	081301A201 (RENAES: 0000002540) URUBAMBA
Ubicación de establecimiento de salud	Dpto: CUSCO - Prov: URUBAMBA - Dist: URUBAMBA
DATOS DE LA VIGENCIA DEL SEGURO	
Estado	ACTIVO

[Handwritten signature]

08/02/21



- Yo, Miriam Fernandez Chavez, identificado con DNI N° 44249924 y en el caso de
extranjero (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia)
N° _____, domiciliado en A.P.U. Cotahuincho J.B.A
(padre/madre/Cuidador principal) madre de la niña o el niño
Dayana Samantha Franco F. mediante el presente documento me comprometo a:

**PERÚ****Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social****Viceministerio
de Prestaciones Sociales****Programa Nacional
CUNA MÁS**

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO	Código	UTAI-FR-194
	CARTA DE COMPROMISO DE LA	Versión	00
	FAMILIA - SCD	Página	2 de 2

- 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.
- No llevaré a mi niña o niño al Servicio de Cuidado Diurno cuando esté enferma/o, o haya tenido un accidente que amerite cuidados especiales en el hogar y lo conduciré inmediatamente a un Establecimiento de Salud para su atención oportuna cuando esté enferma/o.
- Acudiré al CIAI ante el llamado de la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico si se presentara alguna actividad del programa.
- Acudiré al CIAI o al Establecimiento de Salud cuando sea requerido por la madre cuidadora, madre guía, guía de familia o Acompañante Técnico para buscar la atención de mi niña o niño, cuando la situación lo requiera o se afecte su vida, salud o integridad.
- Informaré a la madre cuidadora (antes del ingreso a la cuna) sobre algún evento que haya acontecido el fin de semana y que ocasionó alguna marca en el cuerpo de mi niña/niño (rasmillón, moretón, herida, etc.).
- Llevaré diariamente la muda de ropa de mi niña o niño de acuerdo al clima. La muda incluye: 1 polo manga corta o larga, 1 pantalón, short o vestido, 1 par de medias, 1 ropa interior, 3 pañales de tela o desechables (en caso se requiera).
- Brindaré a mi niña o niño desayuno y cena en el hogar, complementando la alimentación brindada en el Servicio de Cuidado Diurno. Llevaré a mi niña o niño sin ningún alimento adicional ejemplo: frutas, galletas, jugos u otros, para el consumo en el CIAI.

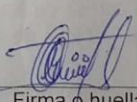
PARA EL CASO DE CONTEXTOS NO PRESENCIALES:

- Daré a mi niña/o el suplemento de hierro preventivo de acuerdo a las indicaciones por parte del Establecimiento de Salud.
- Llevaré a mi niña o niño a su Control CRED de acuerdo a su edad e informar al programa sobre la información contenida de las evaluaciones realizadas.
- Comunicaré 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 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.
- Doy mi consentimiento para la aplicación de la Ficha de Señales de Alerta – DIT, 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 al egreso de mi niña o niño, de acuerdo a los criterios establecidos en el programa.
- Atenderé las llamadas telefónicas y/u otro tipo de comunicación remota de parte de la Guía de Familia, Madre Cuidadora o Madre Guía, según la fecha y hora coordinada previamente, de acuerdo a las actividades del programa. De presentar inconvenientes informar oportunamente al actor comunal a cargo y se reprogramará a una fecha cercana.
- Los alimentos proporcionados por el programa los brindaré únicamente a mi niña o niño, los cuales serán complementados con la alimentación brindada en el hogar. He recibido información sobre la atención alimentaria y entrega de alimentos no perecibles del SCD.

Consecuencia del incumplimiento de compromisos de los padres

En caso de incumplir los compromisos asumidos, asistiré a las reuniones convocadas por el Comité de Gestión para explicar el motivo y en caso de ser reiterativo el incumplimiento, aceptaré las medidas adoptadas por el Comité de Gestión.

Lugar y Fecha: Urubamba 31 mayo del 2022


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

DNI 44244424



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO DECLARACIÓN JURADA DE DIAGNÓSTICO MÉDICO DE LA NIÑA O NIÑO	Código	UTAI-FR-195
		Versión	00
	Página	1 de 1	

Unidad Territorial:

Comité de Gestión:

CIAI:

Cusco

Niño Melchor

Valle Sagrado

Yo, Mirian Fernandez Chavez, identificada(o) con DNI u otro documento N° 41244424 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) Niña de la/del niña/o Dayana Samantha Franco Fernandez, declaro bajo juramento que mi hija/o (marcar una de las siguientes alternativas y consignar en las líneas punteadas la información que corresponda):

- ☒ Es alérgico a los siguientes medicamentos
- ☒ Es alérgico a los siguientes sustancias químicas
- ☒ Es alérgico a los siguientes alimentos
- ☒ Tiene una enfermedad crónica o congénita y requiere medicación continua
- ☒ Padece una enfermedad crónica o congénita (no requiere medicación)
- ☒ No tiene ninguna alergia y/o intolerancia o enfermedad crónica o congénita

De ser el caso se adjunta diagnóstico médico.

Lugar y fecha: Urubamba 31/05/22



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal

Nombre y Firma Padre / Madre o Apoderado
DNI:

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	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: Piño Melchor
CIAI: Walle Sycado

Yo Miriam Fernandez Chavez identificada(o) con DNI 44244424, 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) Dayana Samantha Franco Fernandez, que mi hija/o, se encuentra afiliado al siguiente sistema de salud (marque la/s opción/es que corresponda/n):

- ☒ 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: Urobanba 31 mayo del 2022



Huella digital

Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador Principal



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	FORMATO AUTORIZACION DE RECOJO DE LA NIÑA Y/O NIÑO DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO	Código	UTAI-FR-197
		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 : Un. Melchor
CIAI : Valle Sagrado

Yo, Miriam Fernandez Chavez, identificada/o con DNI N° 44244424 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:

- Dayana Samantha Franco Fernandez
- _____

Autorizo a las siguientes personas, quienes son mayores de edad y mis familiares directos:

N°	Nombres y Apellidos	DNI	Parentesco	Dirección y Teléfono de contacto
1	<u>Zayda Fernandez Chavez</u>	<u>40608967</u>	<u>Hermana</u>	<u>A.P.V. Cotohuincho</u> <u>H. 22. 930804655</u>
2	<u>Miriam Fernandez Chavez</u>	<u>44244424</u>	<u>mama</u>	<u>A.P.V. Cotohuincho</u> <u>J. 8-A.</u>
3				

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

Estoy informada(o) de que, en ningún caso, mi niña(o) será entregada(o) a otra persona que no sea la(s) autorizada(s) por mí.

Fecha: 31/05/2022

Firma Madre

PROGRAMA NACIONAL CUNA-MAS

Acompañante Técnico
Lic. Albert Nicolas Ayne Atagon
ACOMPANANTE TECNICO PEGAGOGICO UT - CUSCO

Firma persona autorizada
(1)

Firma Padre

Firma de Madre
Cuidadora

Firma persona autorizada
(2)



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

	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: Unión Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Miriam Fernandez Chavez identificada(o) con DNI No. 44244424 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) Dayana Samantha Franco Fernandez 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: Vivabanba 31 mayo del 2022



Huella digital

Miriam Fernandez Chavez
Nombre y Firma Padre / Madre / Tutor / Cuidador principal
N° DNI: 44244424

*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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"
"Año del Bicentenario del Congreso de la República del Perú"

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO	Código	UTAI-FR-200
	DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SCD	Versión	00
		Página	1 de 1

DECLARACIÓN JURADA DE DOMICILIO Y TRABAJO - SERVICIO DE CUIDADO DIURNO

Unidad Territorial: Cusco
Comité de Gestión: Dpto. Melchor
CIAI: Valle Sagrado

Yo, Miriam Fernandez Chavez, madre/padre/cuidador principal identificada/o con DNI N° 44244474 y en el caso de extranjeros (Carné de extranjería, Cédula de Identificación o Carné de Permiso Temporal de Permanencia) de la niña o niño Dayana Samantha Franco Fernandez, declaro bajo juramento que:

Dirección de mi domicilio: Av. Cotohuincho 58-A

Nombre de mi centro de Trabajo: moto

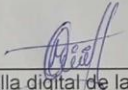
Dirección de mi centro de trabajo: moto

Días y horario de trabajo: domingo a sábado de 7 a 4

Teléfono(s) de referencia en casos de emergencia: 949281806

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

Lugar y fecha: Urubamba 31 mayo del 2022


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"



PERÚ

Ministerio
de Desarrollo
e Inclusión Social

Viceministerio
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional
CUNA MÁS

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

MODELO DE CARTA DE ACEPTACION DE LA FAMILIA USUARIA- SCD

Unidad Territorial: CUSCO

Comité de Gestión: N.º MELCHOR

CIAI: VALLE SAGRADO CCOTOLWINCHO

Yo, FERNANDES E. HAVES MIRIAN, identificado con DNI N.º 24244924, domiciliado en VALLE SAGRADO CCOTOLWINCHO, (padre/madre/Cuidador principal) MADRE de la niña o el niño FRANCO FERNANDES DAYANA SAMAN TBA, mediante el presente documento, **acepto** voluntariamente participar en la prestación de los servicios del Servicio de Cuidado Diurno 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:

- No llevar a mi niña/niño al servicio Cuna Más cuando esté enferma (o), o haya estado en contacto con personas con COVID-19, o haya tenido un accidente que amerite cuidados.
- Estar protegido o inmunizado con las vacunas contra la COVID-19, (mínimo 02 dosis)¹.
- Cumplir con los protocolos de seguridad implementados en el CIAI (Centro Infantil de Atención Integral) durante el ingreso.

Firma

Fecha: 28/02/2023

DNI: 24244924

Sonia

¹ El número de dosis estará condicionado a las disposiciones que establezca el Gobierno Central para la prevención de la COVID-19, pudiendo requerirse las dosis de refuerzo.

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: A6J6FIP





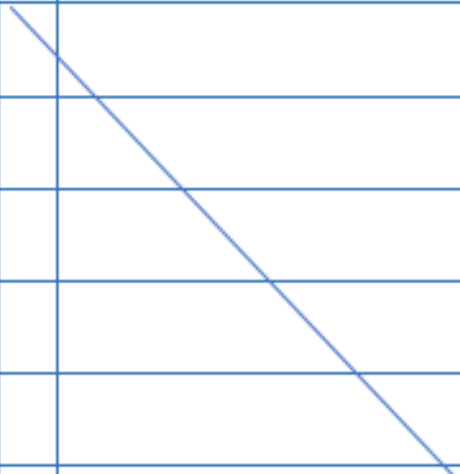
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Anexo N° 2: Acta de seguimiento a los legajos documentarios por parte del especialista integral.

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	1 de 3

TEMA	Seguimiento a la implementación de los legajos documentarios según la RDE 379-2029
FECHA	04 de enero 2022 / 9:00 am a 16:00 pm
LUGAR	CIAI Valle Sagrado
PRESIDE	Mariluz Portillo Machaca – Especialista Integral

Participantes:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO / UNIDAD	FIRMA
1	Albert Nicolás Ayme Alagón	Acompañante Técnico	
2	Mariluz Portillo Machaca	Especialista Integral	
			

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP



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

 Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	2 de 3

Agenda:

- Verificar el cumplimiento de la implementación de los legajos documentarios de los 40 niños y niñas.
- Realizar un muestreo al azar de 3 niños para verificar la documentación completa según la RDE 379-2022

Acuerdos:

ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA PROPUESTA
Todo niño nuevo que ingresa al PNCM debe contar con toda la documentación completa.	Acompañante técnico	Mensual
Verificar el registro de toda la documentación según la RDE 379-2022	Acompañante técnico	Mensual
Mantener actualizado la documentación de los niños y niñas del CIAI	Acompañante técnico	Mensual

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP

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

 PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	3 de 3

Observaciones:

- ▶ Se realizó la vista de seguimiento y acompañamiento al CIAI Valle Sagrado del comité de gestión Niño Melchor en el tema: cumplimiento del compromiso: actualización e implementación de los legajos documentarios de las niñas y niños del CIAI Valle Sagrado.
- ▶ Se realizó la verificación de la documentación de los 40 niños y niñas del CIAI Valle Sagrado y como muestra se obtuvo la información de 3 niños y niñas.
- ▶ El acompañante técnico y las madres cuidadoras se comprometen a dar cumplimiento, con la RDE 397 -2022 donde los niños y niñas deberán contar con toda la documentación que refiere dicha normativa.

Próxima Reunión: según necesidad.

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP

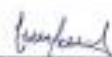
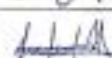
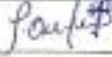
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

Anexo N° 3: Acta de retroalimentación y fortalecimiento de capacidades a las madres cuidadoras en los temas de: Higiene Bucal y Lavado de Manos

FORMATO ACTA DE REUNIÓN		Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	1 de 10

TEMA	RETROALIMENTACIÓN DE CAPACIDADES EN LOS TEMAS DE PRÁCTICA DE HIGIENE BUCAL Y PRÁCTICA DE LAVADO DE MANOS EN EL CIAI VALLE SAGRADO		
FECHA	05, de enero del 2023		
LUGAR	https://us04web.zoom.us/j/71499474712?pwd=slhm2k1teHQBZl3Ft4Z2VnZgCmb2b9.1		
HORA	De 5:00 a 7:00 pm		
PRESIDE	Albert Nicolás Ayme Alagon		

Participantes:

N°	NOMBRES Y APELLIDOS	CARGO / UNIDAD	FIRMA
1	JAKELIN ASCUE CANDIA	MADRE CUIDADORA	
2	MARIA CHAUCCA SALOMA	MADRE CUIDADORA	
3	YOSI SAIRE QUISPE	MADRE CUIDADORA	
4	SOFIA ARTEAGA QUIBIO	MADRE CUIDADORA	
5	SONIA ESPINOZA CHAMPI	MADRE CUIDADORA	
6	LUCIA VELASQUE HUILLCA	MADRE CUIDADORA	
7	SOLEDAD VALENZUELA OCASA	MADRE CUIDADORA	
8	NILDA GRACIELA GUZMAN HUAMAN	MADRE GUIA	
9	EDICA APAZA PALOMINO	MADRE CUIDADORA	
10	DALIA NINETH CONCHOY PALOMINO	MADRE CUIDADORA	
11	DIONICIA SINCHE QUISPE	MADRE CUIDADORA	
12	TERESA APAZA VALENCIA	MADRE CUIDADORA	
13	ALBERT AYME ALAGON	ACOMPAÑANTE TECNICO	

Agenda:

- fortalecimiento de capacidades a MC y MG en prácticas de higiene bucal en el CIAI
- Fortalecimiento de capacidades a MC y MG en práctica de lavado de manos
- Compromisos asumidos por parte de los actores comunales
- Otros

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP

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

FORMATO ACTA DE REUNIÓN		Código	UPEM-FR.001
		Versión	00
		Página	2 de 10
Acuerdos:			
ACCIONES	RESPONSABLE	FECHA PROPUESTA	
- Realizar el lavado de manos en los momentos de cuidado, higiene y alimentación de los niños y niñas del CIAI.	Madres cuidadoras y madres guías	De manera inmediata	
- Prever materiales para el adecuado lavado de manos de los niños y niñas del CIAI tales como jabón líquido, papel toalla y agua clorada	Comité de gestión y AT	De manera inmediata	
- Realizar el lavado de manos de manera permanente y según necesidad de los niños y niñas del CIAI	Madres cuidadoras y madres guías	De manera inmediata	
- Realizar la práctica de higiene bucal en los niños y niñas del CIAI después del almuerzo	Madres cuidadoras y madres guías	De manera inmediata	
- Prever materiales para la adecuada práctica de higiene bucal tales como cepillo para niños y pasta dental para niños	Comité de gestión y AT	De manera inmediata	
Observaciones:			
Siendo las 17:00 horas del día 5 de enero del 2023, se realiza la reunión virtual (por razones del estado de emergencia y paro regional indefinido) entre el acompañante técnico el Sr. Albert Ayme y los actores comunales del Comité de Gestión Niño Melchor, para realizar el reforzamiento de capacidades a los actores comunales en los siguientes temas: - Prácticas de higiene bucal - Práctica de lavado de manos - Otros El acompañante técnico empieza, agradeciendo la presencia de cada uno de los asistentes e indica que el motivo de la reunión se debe a que el día 25 de noviembre			

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP

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

	FORMATO ACTA DE REUNIÓN	Código	UPPM.FR.001
		Versión	00
		Página	3 de 10

del 2022, se tuvo la visita de la Sra. Rosío Ascuña Arcondo, representante del comité de transparencia y vigilancia ciudadana del Cusco, quien realizó dos informes con 5 observaciones que deben levantarse lo más pronto posible, 2 de dichas observaciones incumben directamente al trabajo de cada una de las madres cuidadoras y madres guías del servicio y 2 a los miembros del comité de gestión.

En este sentido el acompañante técnico empieza detallando uno a uno las observaciones encontradas partiendo primero de la adecuada higiene bucal, detallando a los actores comunales presentes que la práctica de higiene bucal debe desarrollarse con los niños y niñas del servicio después del consumo del almuerzo y antes de la hora de sueño (aproximadamente entre 12:30 y 1.00 pm), esta actividad se debe desarrollar en los espacios de higiene (baños) con pasta dental en los cepillos de los niños en cantidad de un grano de lenteja, la pasta dental usada debe ser de niño y sin flúor.

Respecto a la práctica de lavado de manos el AT informa que la única forma de protegernos de enfermedades diarreicas e infecciosas como el Covid 19 es el adecuado lavado de manos, en caso de los CIAI esta práctica debe ser constante por un periodo de 20 mínimo de segundos con agua al chorro usando jabón líquido, esta práctica debe ser realizada en 3 momentos claves. Primero cuando el niño ingresa al CIAI, segundo antes del consumo de los alimentos (refrigerio de media mañana, almuerzo y refrigerio de media tarde) y después del cambio de pañal o uso del servicio higiénico, adicionalmente después de realizar una actividad al aire libre o con uso de temperas u otro material que ensucie las manos de los niños.

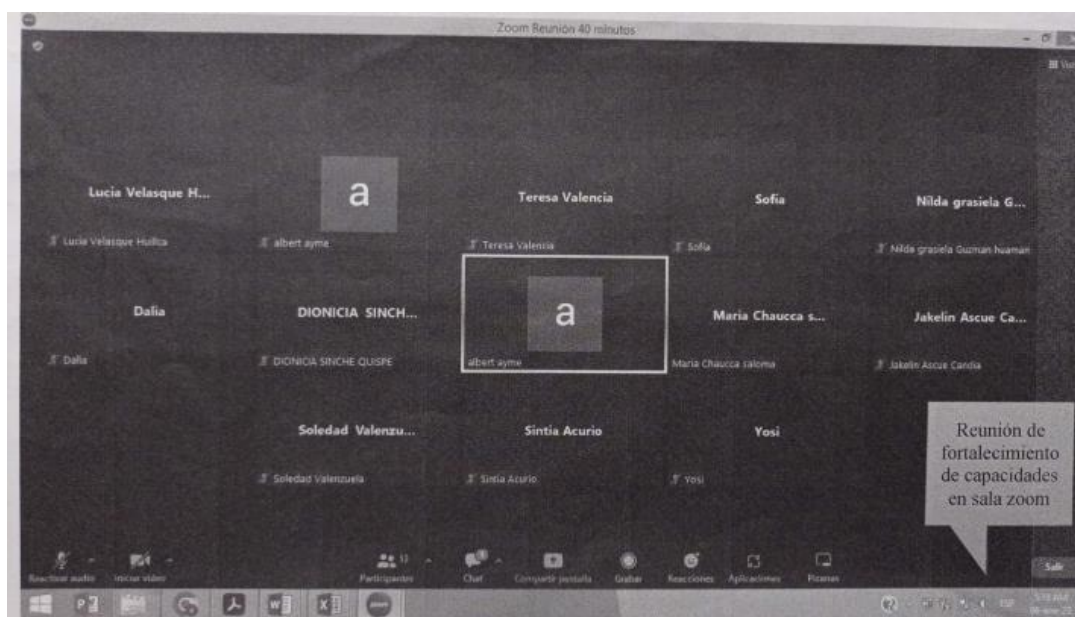
Se socializa esta información con la intención de generar compromisos en las madres cuidadoras y madres guías a fin de mejorar el cuidado de los niños y niñas del CIAI, entre los cuales se tiene la realización de la adecuada práctica de higiene bucal después del almuerzo, la realización de la adecuada práctica de lavado de manos en los tres momentos claves antes de cada comida, después de uso de S.S.HH o cambio de pañal y al ingreso al CIAI, cada uno de ellos usando el material que el comité de gestión proporcione en el CIAI, sala o asigne a cada actor comunal

Próxima Reunión: la próxima reunión se desarrollará según necesidad del servicio

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP

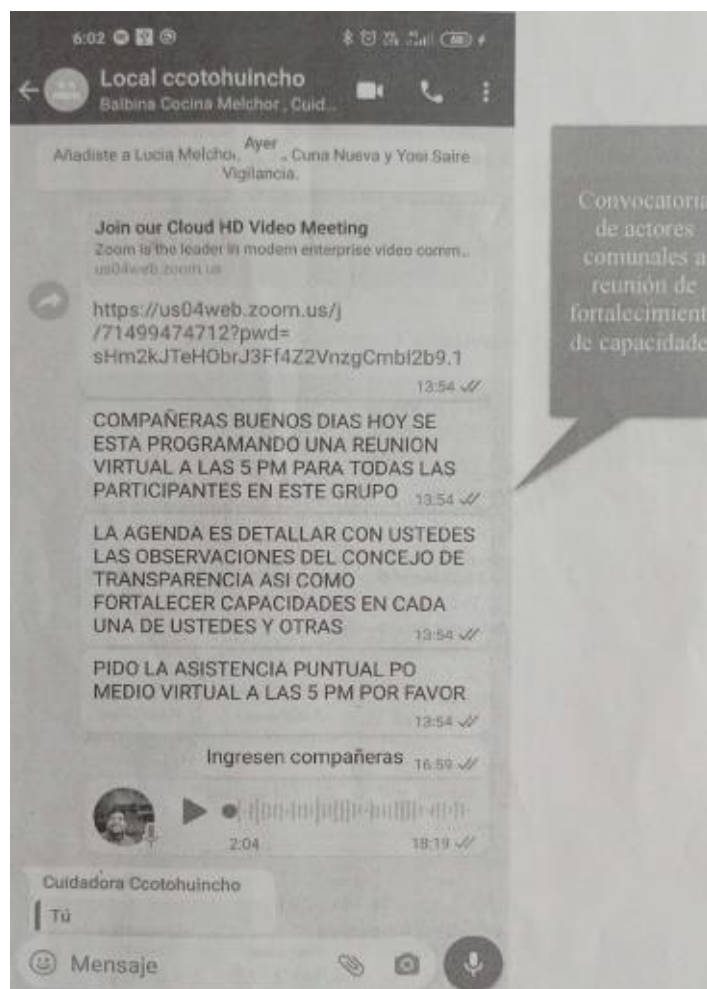
"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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

Anexo 4: Fotografías de la práctica de Higiene dental de los niños y niñas del CIAI Valle Sagrado



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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

Anexo N°5: Fotografías de la práctica de lavado de manos de los niños y niñas del CIAI Valle Sagrado



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: **A6J6FIP**

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

Anexo N°6: Acta de compromiso por parte de la junta directiva en la implementación progresiva de las mochilas de emergencia

Acta de Compromiso por parte del Comité de Gestión "Niño Melchor" para la adquisición y la implementación paulatina de Módulos de Emergencia para cada madre Ciudadana de los locales del C.G. y el local Valle Sagrado.

Siendo el día Jueves 05 de enero del 2023 en instalaciones del CEAT Valle Sagrado se reúne los representantes del Comité de Gestión "Niño Melchor" para abrir el acta siendo las 11:18 horas con la siguiente agenda:

- 1) Discutir la adquisición paulatina de Módulos de Emergencia paulatinamente, debido a la reserva de CTUE
- 2) Otros

El A.T. informa a las miembros del C.G. que el día 11 de noviembre del 2022 se tuvo la visita de un representante del Consejo de Transparencia y Vigilancia Ciudadana del Cusco (CTVC) y entre sus observaciones se indicó que se debe tener una mochila de emergencia por madre Ciudadana teniendo actualmente en el local Valle Sagrado un total de 7 madres Ciudadanas y solo 5 mochilas de emergencia y debido a que no existe asignación presupuestal para la adquisición de dicho material desde el 2020 no se puede hacer la compra de ellos.

En este sentido al A.T. indica que se tiene la autorización por parte de la especialista integral para realizar la compra de más mochilas de emergencia, así cubrir la demanda de acuerdo a la Resolución 056-2022 - MISP/MIEM, esta asignación presupuestal deberá ser encargada a las propuestas de atención integral de los meses de Enero, febrero y marzo aproximadamente en vista que se deberá implementar de mochila a las madres que ya están en prestación de Servicios pre-natales. Sin más temas a tratar se cierra el Acta siendo las 15:00 hrs firmando las presentes:

C.G. NIÑO MELCHOR

C.O. NIÑO MELCHOR

PROGRAMA NACIONAL CUNA MÁS

Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú
Central telefónica: (51-1) 748-2000
www.cunamas.gob.pe

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: A6J6FIP