

Cuadro 06

MODELO CRONOGRAMA DE ACCIONES DE VIGILANCIA DEL CG "MICAELA BASTIDAS." DEL MES "JULIO - AGOSTO " cuando el SCD se presta en el CIAI y cuando el SAF realiza visitas domiciliarias y sesiones de socialización.

ACTIVIDAD	Comité de Gestión	Responsable	Fecha de Visita	Hora de Visita
Entrevista al Presidente o representante de la Junta Directiva del Comité de Gestión (En caso fue designado para esta actividad) ALEJO BASILO, GUICELL KATY	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE ¹ MAVILA GRANDEZ, MARITZA MERCEDES	30/07/25	3:00PM
Entrevista al Actor Comunal 1: Sr.(a) DE LA CRUZ LOZANO DE VENTOCILLA LOURDES RAQUEL	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE ¹ MAVILA GRANDEZ, MARITZA MERCEDES	30/07/25	9:30AM
Entrevista al Actor Comunal 2: Sr.(a): HERNANDEZ ROMAN DIANA CAROLINA	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE ² : AVALOS TOMAS, DORLIZA	31/07/25	10:00 AM
Entrevista al Actor Comunal 3: Sr.(a) MACHACA ROMERO ANALI	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 3: BAEZ QUISPE, GIOVANNA	01/08/25	1:30 PM
Entrevista a la Familia N° 1: Sr.(a) DELSI MELINA ORE BENITO NIÑO: MINYÚ SAORI BELLIDO ORE Trp alquiler ciai 1	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 1: MAVILA GRANDEZ, MARITZA MERCEDES	14/07/25	12:00 PM
Entrevista a la Familia N° 2: Sr.(a) DALILA FERNANDA REMENTERIA ROJAS NIÑO: MATEO ALEXIS CORONEL REMENTERIA Trp alquiler ciai 3	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 1: MAVILA GRANDEZ, MARITZA MERCEDES	7/08/25	3:00PM
Entrevista a la Familia N° 3: Sr.(a) ROSARIO AURELIA VILLANUEVA LLANTOY NIÑO : DANAE LUCIANA ZAMBRANO VILLANUEVA Ciai niños unión Perú	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 2: AVALOS TOMAS, DORLIZA	15/07/25	2:00 PM
Entrevista a la Familia N° 4: Sr.(a) ARACELY ROSMERY LUJAN MACHACA NIÑO: ZOE DARLETH PIZARRO LUJAN Trp alquiler ciai 3	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 2: AVALOS TOMAS, DORLIZA	05/08/25	10:00 AM
Entrevista a la Familia N° 5: Sr.(a) NORO MUCHA HUILCAHUA NIÑO: SOFÍA ALESSIA HUMAREDA MUCHA Niños unión Perú	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 3: BAEZ QUISPE, GIOVANNA	16/07/25	3:30 PM
Entrevista a la Familia N° 6: Sr.(a) FAUSTINA FRANCO QUISPE NIÑO: JULIETTE THAIS SANCHEZ FRANCO Trp alquiler ciai 2	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE 3: BAEZ QUISPE, GIOVANNA	04/08/25	12:00 PM
Verificación en el CIAI(*) TRP ALQUILER 1	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE ³ BAEZ QUISPE, GIOVANNA	08/08/25	1:00 PM
Verificación en el SA (**)	MICAELA BASTIDAS	VIGILANTE ² AVALOS TOMAS, DORLIZA	11/08/25	12:00 PM
Elaboración de reporte	MICAELA BASTIDAS	CONSEJO DE VIGILANCIA	14/08/25	2:00 PM
Socialización de reporte	MICAELA BASTIDAS	CONSEJO DE VIGILANCIA	15/08/25	3:00 PM
Seguimiento al cumplimiento de la mejora de los hallazgos del mes anterior)	MICAELA BASTIDAS	CONSEJO DE VIGILANCIA	15/08/25	1:00 PM

(*) Esta actividad solo se realizará para el Servicio de Cuidado Diurno.

(**) Esta actividad solo se realizará para el Servicio de Cuidado Diurno.

¹ El vigilante que entrevista al presidente o presidenta de la Junta Directiva debe rotar cada mes.

CUADRO N° 10

Reporte de acciones de vigilancia comunal del PNCM, para servicios presenciales del CG "MICAELA BASTIDAS." cuando el SCD se presta en el CIAI y cuando el SAF se realiza las visitas domiciliarias y sesiones de socialización.

Objetivo:

Informar a la comunidad los resultados de las acciones que realiza el Consejo de Vigilancia para verificar el funcionamiento del Servicio Cuidado Diurno para la mejora de la calidad de la atención de las familias y los niños de la comunidad, durante la prestación del servicio presencial

Resultados de las acciones de vigilancia:

• Representante de la Junta Directiva entrevistados	:	Si (X)	No ()
• Actores comunales entrevistados	:	Nº...3.....	
• Familias entrevistadas	:	Nº...6.....	
• Centro Infantil de Atención Integral (*)	:	Nº ...1.....	
• Servicio Alimentario (**)	:	Nº ...1.....	
• Calificación obtenida por el comité de gestión (***)	:	Puntaje: 9.67 Muy buena gestión (X) Gestión adecuada () Gestión en proceso de mejora ()	

(*) Esta evaluación solo se aplicará para el Servicio de Cuidado Diurno.
 (**) Esta evaluación solo se aplicará para el Servicio de Cuidado Diurno.
 (***) La calificación del comité de gestión se obtiene promediando el puntaje obtenido en todas las fichas aplicadas. Luego, de acuerdo al puntaje obtenido tenemos:
 Muy buena gestión: obtuvo un puntaje de 9 a 10
 Gestión adecuada: obtuvo un puntaje de 6 a 8
 Gestión en proceso de mejora: obtuvo un puntaje menor de 6.

HALLAZGOS	RECOMENDACIONES
Falta demache cuidadora en el cisi alquiler 2	Realizar mayor difusión de búsqueda de voluntarios
En la visita al cisi faltó de reposición de insumos vencidos de la mochila de emergencia.	Realizar la reposición del insumo vencido y verificación de ello
Una F.U indica que se avise con tiempo la programación de capacitación a los a.c para ver donde dejar a sus niños	Comunicar con tiempo a la familias acerca de los días de no atención en los cisis.
niño usuarios no tienen sus vacunas completas	Seguimiento que la F.U actualizan su carnet de vacunación de sus niños
En el SA balón de gas muy cerca a cocina	Ampliar espacio del servicio alimentario.

CUADRO N° 11

ACTA DE SOCIALIZACION

En el centro poblado de Jicamarca del distrito San Antonio, provincia Huarochiri del departamento de Lima , siendo las 2:00 PM , del día 14 de Agosto , nos hemos reunido los integrantes del Consejo de Vigilancia e integrantes del Comité de Gestión de Micaela Bastidas del Servicio de Cuidado Diurno del Programa Nacional Cuna Más, en el local comunal de Ciai local alquiler 3 , para informar los hallazgos encontrados en las visitas efectuadas a la Junta Directiva del Comité de Gestión así como a las familias que reciben el acompañamiento de las facilitadoras.

Dentro de los HALLAZGOS, señalamos los siguientes: indicar los aspectos que se han encontrado en la atención del Servicio de Servicio de Cuidado Diurno)

1. Falta de madre cuidadora en el ciai alquiler 2
2. En la visita al ciai falta de reposición de insumos vencidos de la mochila de emergencia
3. Una F.U indica que se avise con tiempo las programaciones de capacitación a los a.c. Para ver donde dijeron a sus niños
4. Niños usuario no tiene sus vacunas completas
5. En el SA balón de gas muy cerca a cocina

Dentro de las RECOMENDACIONES, se señala: (indique los aspectos encontrados en la visita que requieren mejorarse en la atención del Servicio de Acompañamiento a Familias/ Servicio de Cuidado Diurno)

1. Realizar mayor difusión de búsqueda de voluntarios
2. Realizar la reposición del insumo vencido y verificación de ello.
3. Comunicar con tiempo a las familias acerca de los días de no atención en los ciais .
4. Seguimiento que los f.u actualjen su carnet de vacunación de sus niños
5. Ampliar espacios del servicio alimentario .

Finalmente, en el marco del cumplimiento de la mejora de los hallazgos encontrados en el cuatrimestre anterior, se tiene lo siguiente:

HALLAZGOS	CUATRIMESTRE	ESTADO SITUACIONAL
Falta de madre cuidadora en el ciai alquiler 2	Julio	Seguimiento
En la visita al ciai falta de reposición de insumos vencidos de la mochila d emergencia	Agosto	mejorando
Una F.U indica que se avise con tiempo las programaciones de capacitación a los a.c. para ver donde dijeron a sus niños.	Agosto	mejorando

nino usuario no tiene sus vacunas completas	Agosto	Seguimiento
En J.S.A balon de gas muy cerca a cocina	Agosto	Seguimiento

En consideración a lo descrito, los que suscriben nos comprometemos a gestionar las recomendaciones efectuadas, siendo las 5:30 PM del día 14 de agosto. se dio por concluida la reunión.

Miembro de la Junta Directiva
del Comité de Gestión
Nombre: NELLY EUGENIA MARINO SANCHEZ
DNI: 44637371

Integrante del Consejo de Vigilancia
Nombre: Giovanna Baez Quispe
DNI: 73095299

Acompañante Técnico
Nombre DIANA CAROLINA CCABA REYES
DNI 74719203

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL																														
UNIDAD TERRITORIAL	LIMA METROPOLITANA				Nº DE FECHA																									
	DEPARTAMENTO	LIMA	PROVINCIA	HUAROCHIRI			DISTRITO																							
				SAN ANTONIO	CENTRO Poblado	JICAMARCA																								
NOMBRE DE COMITÉ DE GESTIÓN					FECHA DE ENTREVISTA																									
MICAELA BASTIDAS					30 / 07 / 2025																									
SECCIÓN I: PREGUNTAS PARA LA JUNTA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE GESTIÓN																														
LLENAR Y/O MARCAR																														
<p>1.1 ¿Alguno de los siguientes integrantes de la Junta Directiva del Comité de Gestión ha renunciado o abandonado el cargo o no participa de las actividades del comité</p> <p>1.2 Para el presente mes, ¿la Junta Directiva presentó oportunamente el requerimiento de dinero para el funcionamiento del servicio? (Se refiere a gastos de atención integral y la entrega de incentivos monetarios para las Madres Cuidadoras, Madres Guías, Guías de Familia, Socias de Cocina, Repartidor de Alimentos, Apoyo Administrativo, Apoyo de limpieza y vigilancia.</p> <p>1.3 Actualmente, ¿la Junta Directiva tiene pendiente la presentación de justificaciones de los gastos del Comité de Gestión?</p> <p>1.4 Si la respuesta a la pregunta anterior es "SI", diga cuántas justificaciones de gastos tiene pendientes.</p> <p>1.5 El mes pasado, ¿la Junta Directiva publicó en un lugar visible de la comunidad, las convocatorias de compra, el listado de proveedores u otra información relacionada a la gestión del comité?</p> <p>1.6 El mes pasado, ¿EL Acompañante Técnico brindo asistencia técnica sobre sus actividades?</p> <p>1.7 Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para la elaboración del Cronograma del trabajo mensual del Comité de Gestión?</p> <p>1.8 Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para el uso del presupuesto transferido por el Programa al Comité de Gestión?</p> <p>1.9 ¿Se dio solución a los hallazgos identificados en el periodo anterior? (Si la respuesta es "No" escribir la situación o avance en el espacio de comentarios y observaciones de la parte inferior)</p>	<p>1. Presidenta / e <input checked="" type="checkbox"/> (X)</p> <p>2. Secretaria / a <input type="checkbox"/> ()</p> <p>3. Tesorera / o <input type="checkbox"/> ()</p> <p>4. Vocal 1 <input type="checkbox"/> ()</p> <p>5. Vocal 2 <input type="checkbox"/> ()</p> <p>6. Ninguna de las anteriores <input type="checkbox"/> ()</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">S/</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Nº 1</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI ✓</td> <td style="width: 15%;">NO ✓</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table>						S/	NO	NR	SI ✓	NO	NR	Nº 1			SI ✓	NO	NR	SI ✓	NO ✓	NR									
	S/	NO	NR																											
	SI ✓	NO	NR																											
	Nº 1																													
	SI ✓	NO	NR																											
	SI ✓	NO	NR																											
	SI ✓	NO	NR																											
	SI ✓	NO	NR																											
	SI ✓	NO ✓	NR																											
	PUNTAJE :																													
SECCIÓN II: PREGUNTAS PARA EL ACTOR COMUNAL: MADRE CUIDADORA (X) / MADRE GUIA () / GUIA DE FAMILIA()																														
LLENAR Y/O MARCAR																														
<i>Lourdes</i>																														
<p>2.1 ¿Cuántas usuarias(os) / familias tiene a su cargo?</p> <p>2.2 La semana pasada, cuantas usuarias(os) atendio? /cuantas visitas domiciliarias realizó?</p> <p>2.3 De no haber podido cumplir con la atención a las usuarias(os) / visita a las familias a su cargo, diga cuál fue el motivo o dificultad principal. Motivo:</p> <p>2.4 El mes pasado, ¿recibió su incentivo monetario oportunamente?</p> <p>2.5 ¿Los Actores Comunales cuentan con certificación de buena salud física y psicológica vigente?</p> <p>2.6 Para el presente mes, ¿recibió usted algún tipo de capacitación por parte del Programa?</p> <p>2.7 Para el cumplimiento de tus responsabilidades, Cuentas con los materiales necesarios?</p>	<p>Nº 8</p> <p>Nº : 8</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI X</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI X</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI</td> <td style="width: 15%;">NO X</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">SI X</td> <td style="width: 15%;">NO</td> <td style="width: 15%;">NR</td> </tr> </table>						SI X	NO	NR	SI X	NO	NR	SI	NO X	NR	SI X	NO	NR												
	SI X	NO	NR																											
	SI X	NO	NR																											
	SI	NO X	NR																											
	SI X	NO	NR																											
	PUNTAJE :																													
	6																													

SECCIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL)

LLENAR Y/O MARCAR

SOBRE EL SERVICIO

- | | | | | |
|-----|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3.1 | Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Guía/ Guía de Familia | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.2 | Considera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o. | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.3 | Considera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

SOBRE EL NIÑO

- | | | | | |
|-----|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 3.4 | ¿Su niña o niño tiene DNI? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.5 | ¿Su niña o niño tiene seguro de salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.6 | ¿Su niña o niño ha asistido a su ultimo control de CRED programado? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.7 | ¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su ultimo control programado en el Establecimiento de Salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.8 | ¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 3.9 | ¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

*La familia entrevistada deberá estar en el padrón de usuarios del mes anterior

PUNTAJE :

SECCIÓN IV: PREGUNTAS CONTENIDAS AL CIAI

LLENAR Y/O MARCAR

NOMBRE DEL CIAI :

- | | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 4.1 | Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.2 | Cuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.3 | Cuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.4 | Cuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.5 | Cuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red publica u otro) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.6 | Cuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, tomacorrientes en buen estado y protegidos) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.7 | Cuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 4.8 | Cuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infecciocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

PUNTAJE :

SECCIÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA

LLENAR Y/O MARCAR

NOMBRE DEL SA:

- | | | | | |
|-----|---|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| 5.1 | El lugar del almacén de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 5.2 | Los alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 5.3 | El lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 5.4 | Las socias de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |
| 5.5 | Se cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> | NR <input type="checkbox"/> |

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2

PUNTAJE TOTAL :

COMENTARIOS Y/U OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

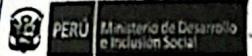
NOMBRE Y FIRMA DEL MIEMBRO DEL COMITÉ DE GESTIÓN DEL CONSEJO DE VIGILANCIA

NOMBRE Y APELLIDO: *Mariela Maula Grande*
DNI: *41371070*
CARGO: *C. U.*

NOMBRE Y APELLIDO DE LOS INFORMANTES / FIRMA

REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE
GESTIÓN: GESTIÓN:*Guillermo ALGAR BASILLO* MADRE
CUIDADORA/
MADRE GUIA/
GUIA DE FAMILIA :

FAMILIA:



PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2

PUNTAJE TOTAL :

COMENTARIOS Y/U OBSERVACIONES

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

NOMBRE Y FIRMA DEL MIEMBRO DEL COMITE DE GESTION DEL CONSEJO DE VIGILANCIA	NOMBRE Y APELLIDO DE LOS INFORMANTES / FIRMA REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE GESTIÓN: GESTIÓN:
NOMBRE Y APELLIDO: <i>Marta Mavila Andrade</i> DNI: <i>41571070</i> CARGO: <i>C.V.</i>	MADRE CUIDADORA/ MADRE GUÍA: <i>Analy Machuca Romero</i> GUÍA DE FAMILIA: <i>Cinthia Flores Almas.</i> FAMILIA: <i>Rementeria Reyes Valita Ruiz Díaz</i>

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2

FORMATO DE FICHA DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

Código	UTAI-FR-189
Versión	02
Página	2 de 2

SECCIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL)

LLENAR Y/O MARCAR

SOBRE EL SERVICIO

- | | | | | |
|-----|--|--|----|----|
| 3.1 | Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Guía/ Guía de Familia | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.2 | Considera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o. | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.3 | Considera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |

SOBRE EL NIÑO

- | | | | | |
|-----|--|--|----|----|
| 3.4 | ¿Su niña o niño tiene DNI? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.5 | ¿Su niña o niño tiene seguro de salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.6 | ¿Su niña o niño ha asistido a su ultimo control de CRED programado? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.7 | ¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su ultimo control programado en el Establecimiento de Salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.8 | ¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.9 | ¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana? | SI <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |

*La familia entrevistada deberá estar en el padrón de usuarios del mes anterior

PUNTAJE :

LLENAR Y/O

SECCIÓN IV: PREGUNTAS CON RELACION AL CIAI

MARCAR

NOMBRE DEL CIAI :

- | | | | | |
|-----|--|----|----|----|
| 4.1 | Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros) | SI | NO | NR |
| 4.2 | Cuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes) | SI | NO | NR |
| 4.3 | Cuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared) | SI | NO | NR |
| 4.4 | Cuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local) | SI | NO | NR |
| 4.5 | Cuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red publica u otro) | SI | NO | NR |
| 4.6 | Cuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, tomas corrientes en buen estado y protegidos) | SI | NO | NR |
| 4.7 | Cuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros) | SI | NO | NR |
| 4.8 | Cuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infectocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección) | SI | NO | NR |

PUNTAJE :

SECCIÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA

LLENAR Y/O MARCAR

NOMBRE DEL SA:

- | | | | | |
|-----|---|----|----|----|
| 5.1 | El lugar del almacén de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén) | SI | NO | NR |
| 5.2 | Los alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén) | SI | NO | NR |
| 5.3 | El lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina) | SI | NO | NR |
| 5.4 | Las socias de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado) | SI | NO | NR |
| 5.5 | Se cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo) | SI | NO | NR |

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL					
UNIDAD TERRITORIAL	LIMA METROPOLITANA			Nº DE FICHA	
DEPARTAMENTO	LIMA	PROVINCIA	HUAROCHIRI	DISTRITO	SAN ANTONIO CENTRO POBLADO JICAMARCA
NOMBRE DE COMITÉ DE GESTIÓN				FECHA DE ENTREVISTA	
MICAELA BASTIDAS				/ / 2025	
SECCIÓN I: PREGUNTAS PARA LA JUNTA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE GESTIÓN					
LLENAR Y/O MARCAR					
1.1	¿Alguno de los siguientes integrantes de la Junta Directiva del Comité de Gestión ha renunciado o abandonado el cargo o no participa de las actividades del comité				<input type="checkbox"/> 1. Presidenta / e <input type="checkbox"/> 2. Secretaria / a <input type="checkbox"/> 3. Tesorera / o <input type="checkbox"/> 4. Vocal 1 <input type="checkbox"/> 5. Vocal 2 <input type="checkbox"/> 6. Ninguna de las anteriores
1.2	Para el presente mes, ¿la Junta Directiva presentó oportunamente el requerimiento de dinero para el funcionamiento del servicio? (Se refiere a gastos de atención integral y la entrega de incentivos monetarios para las Madres Cuidadoras, Madres Guias, Guías de Familia, Socias de Cocina, Repartidor de Alimentos, Apoyo Administrativo, Apoyo de limpieza y vigilancia.				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.3	Actualmente, ¿la Junta Directiva tiene pendiente la presentación de justificaciones de los gastos del Comité de Gestión?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.4	Si la respuesta a la pregunta anterior es "Sí", diga cuántas justificaciones de gastos tiene pendientes.				Nº :
1.5	El mes pasado, ¿la Junta Directiva publicó en un lugar visible de la comunidad, las convocatorias de compra, el listado de proveedores u otra información relacionada a la gestión del comité?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.6	El mes pasado, ¿EL Acompañante Técnico brindo asistencia técnica sobre sus actividades?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.7	Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para la elaboración del Cronograma del trabajo mensual del Comité de Gestión?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.8	Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para el uso del presupuesto transferido por el Programa al Comité de Gestión?				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
1.9	¿Se dio solución a los hallazgos identificados en el periodo anterior? (Si la respuesta es "No" escribir la situación o avance en el espacio de comentarios y observaciones de la parte inferior)				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
PUNTAJE :					
SECCION II: PREGUNTAS PARA EL ACTOR COMUNAL: MADRE CUIDADORA () / MADRE GUIA (X) / GUIA DE FAMILIA()					
LLENAR Y/O MARCAR					
2.1	¿Cuántas usuarias(os) / familias tiene a su cargo?				Nº : 17
2.2	La semana pasada, cuantas usuarias(os) atendio? /cuantas visitas domiciliarias realizó?				Nº : 17
2.3	De no haber podido cumplir con la atención a las usuarias(os) / visita a las familias a su cargo, diga cuál fue el motivo o dificultad principal. Motivo:				
2.4	El mes pasado, ¿recibió su incentivo monetario oportunamente?				<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
2.5	¿Los Actores Comunales cuentan con certificación de buena salud física y psicológica vigente?				<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
2.6	Para el presente mes, ¿recibió usted algún tipo de capacitación por parte del Programa?				<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
2.7	Para el cumplimiento de tus responsabilidades, ¿Cuentas con los materiales necesarios?				<input checked="" type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NR
PUNTAJE :					
7					

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2
Código	UTAI-FR-189
Versión	02
Página	2 de 2

FORMATO DE FICHA DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

SECCIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL) *Faustina, Francisca*

LLENAR Y/O MARCAR

SOBRE EL SERVICIO

- | | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|----|----|
| 3.1 | Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Guía/ Guía de Familia | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.2 | Considera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o. | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.3 | Considera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |

SOBRE EL NIÑO

- | | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|----|----|
| 3.4 | ¿Su niña o niño tiene DNI? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.5 | ¿Su niña o niño tiene seguro de salud? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.6 | ¿Su niña o niño ha asistido a su ultimo control de CRED programado? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.7 | ¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su ultimo control programado en el Establecimiento de Salud? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.8 | ¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 3.9 | ¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana? | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |

*La familia entrevistada deberá estar en el padrón de usuarios del mes anterior

10

PUNTAJE : 8.50

SECCIÓN IV: PREGUNTAS CON RELACION AL CIAI

LLENAR Y/O MARCAR

NOMBRE DEL CIAI : *Trip alquiler cida 1*

- | | | | | |
|-----|--|-------------------------------------|----|----|
| 4.1 | Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.2 | Cuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.3 | Cuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.4 | Cuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.5 | Cuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red publica u otro) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.6 | Cuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, toma corrientes en buen estado y protegidos) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.7 | Cuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |
| 4.8 | Cuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infectocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección) | <input checked="" type="checkbox"/> | NO | NR |

PUNTAJE :
Total 9.25

SECCIÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA

LLENAR Y/O MARCAR

NOMBRE DEL SA:

- | | | | | |
|-----|---|----|----|----|
| 5.1 | El lugar del almacen de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén) | SI | NO | NR |
| 5.2 | Los alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén) | SI | NO | NR |
| 5.3 | El lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina) | SI | NO | NR |
| 5.4 | Las socias de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado) | SI | NO | NR |
| 5.5 | Se cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo) | SI | NO | NR |

	FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL	Código Versión Página	UTAI-FR-188 03 1 de 2
	FORMATO DE FICHA DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)	Código Versión Página	UTAI-FR-188 03 2 de 2

SECCIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL) <i>Noro Mucha Huallcahuac</i>		LLENAR Y/O MARCAR	
SOBRE EL SERVICIO			
3.1	Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Gula/ Guía de Familia	X	SI NO NR
3.2	Considera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o.	X	SI NO NR
3.3	Considera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o	X	SI NO NR
SOBRE EL NIÑO			
3.4	¿Su niña o niño tiene DNI?	X	SI NO NR
3.5	¿Su niña o niño tiene seguro de salud?	X	SI NO NR
3.6	¿Su niña o niño ha asistido a su último control de CRED programado?	X	SI NO NR
3.7	¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su último control programado en el Establecimiento de Salud?	X	SI NO NR
3.8	¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud?	X	SI NO NR
3.9	¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana?	X	SI NO NR

*La familia entrevistada deberá estar en el período de uso de los del mes anterior

PUNTAJE : *19.00*

SECCIÓN IV: PREGUNTAS CON RELACIÓN AL CIAI		LLENAR Y/O MARCAR	
NOMBRE DEL CIAI :			
4.1	Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros)	SI	NO NR
4.2	Cuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes)	SI	NO NR
4.3	Cuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared)	SI	NO NR
4.4	Cuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local)	SI	NO NR
4.5	Cuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red pública u otro)	SI	NO NR
4.6	Cuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, tomacorrientes en buen estado y protegidos)	SI	NO NR
4.7	Cuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros)	SI	NO NR
4.8	Cuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infectocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección)	SI	NO NR

PUNTAJE :

SECCIÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA		LLENAR Y/O MARCAR	
NOMBRE DEL BA:			
5.1	El lugar del almacén de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén)	SI	NO NR
5.2	Los alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén)	SI	NO NR
5.3	El lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina)	SI	NO NR
5.4	Las sillas de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado)	SI	NO NR
5.5	Se cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo)	SI	NO NR



FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2

PUNTAJE TOTAL :

COMENTARIOS Y/U OBSERVACIONES

Comunicar a las familias con anticipación sobre las capacitaciones que tienen mensualmente para que las familias puedan organizarse y que no sea como ahora de un día para otro.

RECOMENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

Brindar mensualmente las fechas de las capacitaciones para que los padres puedan organizarse.

NOMBRE Y FIRMA DEL MIEMBRO DEL COMITÉ DE GESTIÓN DEL CONSEJO DE VIGILANCIA

NOMBRE Y APELLIDO: Giovanna Baer Quispe

DNI: 73095299

CARGO: C.V.

NOMBRE Y APELLIDO DE LOS INFORMANTES / FIRMA

REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE
GESTIÓN: GESTIÓN:MADRE
CUIDADORA/
MADRE GUIA/
GUÍA DE FAMILIA: MACHACA ROMERO ANALIFAMILIA: 1. JULIETTE THAIS SANCHEZ FRANCO.
2. SOFIA ALESSIA HUMAPEDA MUCHA.

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

UNIDAD TERRITORIAL	LIMA METROPOLITANA			Nº DE FICHA			
DEPARTAMENTO	LIMA	PROVINCIA	HUAROCHIRI	DISTRITO	SAN ANTONIO	CENTRO Poblado	JICAMARCA
NOMBRE DE COMITÉ DE GESTIÓN				FECHA DE ENTREVISTA			
MICAELA BASTIDAS				10/08/2025			

SECCIÓN I: PREGUNTAS PARA LA JUNTA DIRECTIVA DEL COMITÉ DE GESTIÓN LLENAR Y/O MARCAR

1.1	¿Alguno de los siguientes integrantes de la Junta Directiva del Comité de Gestión ha renunciado o abandonado el cargo o no participa de las actividades del comité	1. Presidenta / e	()	
1.2	Para el presente mes, ¿la Junta Directiva presentó oportunamente el requerimiento de dinero para el funcionamiento del servicio? (Se refiere a gastos de atención integral y la entrega de incentivos monetarios para las Madres Cuidadoras, Madres Guias, Guias de Familia, Socias de Cocina, Repartidor de Alimentos, Apoyo Administrativo, Apoyo de limpieza y vigilancia.	SI	NO	NR
1.3	Actualmente, ¿la Junta Directiva tiene pendiente la presentación de justificaciones de los gastos del Comité de Gestión?	SI	NO	NR
1.4	Si la respuesta a la pregunta anterior es "Sí", diga cuántas justificaciones de gastos tiene pendientes.	Nº :		
1.5	El mes pasado, ¿la Junta Directiva publicó en un lugar visible de la comunidad, las convocatorias de compra, el listado de proveedores u otra información relacionada a la gestión del comité?	SI	NO	NR
1.6	El mes pasado, ¿EL Acompañante Técnico brindo asistencia técnica sobre sus actividades?	SI	NO	NR
1.7	Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para la elaboración del Cronograma del trabajo mensual del Comité de Gestión?	SI	NO	NR
1.8	Para el presente mes ¿recibió orientaciones por parte del Acompañante Técnico para el uso del presupuesto transferido por el Programa al Comité de Gestión?	SI	NO	NR
1.9	¿Se dio solución a los hallazgos identificados en el periodo anterior? (Si la respuesta es "No" escribir la situación o avance en el espacio de comentarios y observaciones de la parte inferior)	SI	NO	NR

PUNTAJE :

SECCION II: PREGUNTAS PARA EL ACTOR COMUNAL: MADRE CUIDADORA()/MADRE GUIA()/ GUIA DE FAMILIA() LLENAR Y/O MARCAR

2.1	¿Cuántas usuarias(os) / familias tiene a su cargo?	Nº :	24	
2.2	La semana pasada, cuantas usuarias(os) atendio? /cuantas visitas domiciliarias realizó?	Nº :	24	
2.3	De no haber podido cumplir con la atención a las usuarias(os) / visita a las familias a su cargo, diga cuál fue el motivo o dificultad principal. Motivo:			
2.4	El mes pasado, ¿recibió su incentivo monetario oportunamente?	SI ✓	NO	NR
2.5	¿Los Actores Comunales cuentan con certificación de buena salud física y psicológica vigente?	SI ✓	NO	NR
2.6	Para el presente mes, ¿recibió usted algún tipo de capacitación por parte del Programa?	SI ✓	NO	NR
2.7	Para el cumplimiento de tus responsabilidades, ¿Cuentas con los materiales necesarios?	SI ✓	NO	NR

PUNTAJE :

10

PUNTAJE TOTAL :

ITARIOS Y/U OBSERVACIONES

TIENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

NOMBRE Y FIRMA DEL MIEMBRO DEL COMITÉ DE GESTIÓN DEL CONSEJO DE VIGILANCIA	NOMBRE Y APELLIDO DE LOS INFORMANTES / FIRMA
Dorila Araloz Somoza 06106927	REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE GESTIÓN: Gestión: MADRE CUIDADORA/ MADRE GUIA. Diana Hernandez Roman GUIA DE FAMILIA: FAMILIA: 
E Y APELLIDO: 	

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2
Código	UTAI-FR-189
Versión	02
Página	2 de 2

FORMATO DE FICHA DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

CIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL)

Aracely, Rosmery Lujan Hochaco

LLENAR Y/O MARCAR

RE EL SERVICIO

Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Guía/ Guía de Familia SI NO NRConsidera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o. SI NO NRConsidera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o SI NO NR

RE EL NIÑO

¿Su niña o niño tiene DNI? SI NO NR¿Su niña o niño tiene seguro de salud? SI NO NR¿Su niña o niño ha asistido a su ultimo control de CRED programado? SI NO NR¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su ultimo control programado en el Establecimiento de Salud? SI NO NR¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud? SI NO NR¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana? SI NO NR

Una entrevistada deberá estar en el padrón de usuarios del mes anterior

PUNTAJE : 10

LLENAR Y/O MARCAR

CIÓN IV: PREGUNTAS CON RELACION AL CIAI

CAR

BRE DEL CIAI:

Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros) SI NO NRCuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes) SI NO NRCuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared) SI NO NRCuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local) SI NO NRCuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red publica u otro) SI NO NRCuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, tomascorrientes en buen estado y protegidos) SI NO NRCuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros) SI NO NRCuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infectocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección) SI NO NR

PUNTAJE :

ÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA

LLENAR Y/O MARCAR

RE DEL SA: Micaela Bastidas II

El lugar del almacén de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén) SI NO NRLos alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén) SI NO NREl lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina) SI NO NRLas socias de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado) SI NO NRSe cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo) SI NO NR

FORMATO DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO - PRESENCIAL

Código	UTAI-FR-189
Versión	03
Página	1 de 2
Código	UTAI-FR-189
Versión	02
Página	2 de 2

FORMATO DE FICHA DE VIGILANCIA COMUNAL DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO (SCD)

CIÓN III: PREGUNTAS PARA LA FAMILIA* (CUIDADOR PRINCIPAL)

Rosario Arellano Villanueva flautay

LLENAR Y/O MARCAR

RE EL SERVICIO

Su niña/o reciben buen trato por parte de la Madre Cuidadora/ Madre Guía/ Guía de Familia	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Considera que la alimentación dada en el CIAI es adecuada para la edad de su niña/o.	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Considera que los ambientes, materiales, juguetes, son adecuados para el desarrollo de su niña/o	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

RE EL NIÑO

¿Su niña o niño tiene DNI?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
¿Su niña o niño tiene seguro de salud?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
¿Su niña o niño ha asistido a su ultimo control de CRED programado?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
¿Su niña o niño recibió la vacunación, de acuerdo a su ultimo control programado en el Establecimiento de Salud?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
¿Su niña o niño recibió suplemento con hierro, conforme a su edad y de acuerdo a lo indicado por el personal del sector salud?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
¿Su niña o niño consume alimentos ricos en hierro en la última semana?	SI <input checked="" type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

niña entrevistada deberá estar en el padrón de usuarios del mes anterior

PUNTAJE :

10

LLENAR Y/O MARCAR

CÓN IV: PREGUNTAS CON RELACION AL CIAI

CAR

BRE DEL CIAI :

Cuenta con paredes, pisos, techos y ventanas*en buen estado (Verificar si están limpios, sin rajaduras, desniveles, roturas y otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con ambientes limpios y debidamente desinfectados, (Verificar el rol de limpieza y desinfección de los ambientes)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con extintor de fecha vigente y ubicado adecuadamente (Verificar la fecha de caducidad y que estén ubicados en pedestal o pared)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con servicios higiénicos limpios y desinfectados (Verificar estado de los baños de adultos y de niños en caso de local)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con agua potable y desague (verificar en caso de desagüe si es silo, red publica u otro)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con instalaciones eléctricas seguras (verificar que redes estén empotradas, canalizadas, tomacorrientes en buen estado y protegidos)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con botiquín con insumos básicos y otros vigentes (verificar si cuenta con termómetro, paracetamol en jarabe o gotas, gasas, algodón y otros)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Cuenta con un espacio en la entrada para el lavado de mano y desinfección, para prevenir las enfermedades infectocontagiosas (verificar el espacio para el lavado de manos y desinfección)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

PUNTAJE :

CÓN V: PREGUNTAS EN RELACIÓN AL SERVICIO DE ATENCIÓN ALIMENTARIA

LLENAR Y/O MARCAR

RE DEL SA:

El lugar del almacén de los productos se encuentra limpio, ventilado e iluminado (ingresar y verificar en el almacén)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Los alimentos no perecibles se encuentran debidamente rotulados (verificar en el almacén)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
El lugar de preparación de alimentos (cocina) se encuentra limpio y desinfectado (ingresar y verificar en la cocina)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Las socias de cocina cuentan con indumentaria adecuada y limpia (verificar en el servicio alimentario visitado)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>
Se cumple con el rol del menú (verificar en panel informativo)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>	NR <input type="checkbox"/>

PUNTAJE TOTAL :

ITARIOS Y/U OBSERVACIONES

El nieto ZOZ Dorleth Pizarro Leyva Seu Mamá me informó que no tiene sus vacunas con platos hoy qdella se encuentra delicado x lo tanto la proximidad se va a cumplir

ENDACIONES Y/O SUGERENCIAS

NOMBRE Y FIRMA DEL MIEMBRO DEL COMITE DE GESTIÓN DEL CONSEJO DE VIGILANCIA	NOMBRE Y APELLIDO DE LOS INFORMANTES / FIRMA
Dorlie Arales Flores 06106927 	REPRESENTANTE DEL COMITÉ DE GESTIÓN: MADRE CUIDADORA/ MADRE GUIA: Analí Machaca Romero GUÍA DE FAMILIA: Cinthia Flores H. FAMILIA: Arcacyl Lusen Machaca 72968279 
E Y APELLIDO:	