





**Vigencia**

**Código**

GPE-DPS-MP-04-IN-02


***SUBSECRETARÍA DE  
DESARROLLO INFANTIL  
INTEGRAL***

***INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD  
SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR  
CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS***

<b>ACTIVIDAD</b>	<b>NOMBRE</b>	<b>CARGO</b>	<b>FIRMA</b>	<b>FECHA</b>
Elaboración	Blanca Báez Pérez	Analista de Servicios de Atención Domiciliar	 <p>Firmado electrónicamente por: <b>BLANCA MARINA BAEZ</b></p>	25/05/2022
	Yenny Yaguari Bautista	Analista de Servicios de Atención Domiciliar	 <p>Firmado electrónicamente por: <b>YENNY ALEXANDRA YAGUARI BAUTISTA</b></p>	25/05/2022
Revisión Técnica	Henry Fredy Moreno Guerrero	Director de Servicios, Procesos y Calidad -	 <p>Firmado electrónicamente por: <b>HENRY FREDY MORENO GUERRERO</b></p>	25/05/2022
Aprobación	Luis Mendizábal Molina	Subsecretario de Desarrollo Infantil Integral	 <p>Firmado electrónicamente por: <b>LUIS JAVIER MENDIZABAL MOLINA</b></p>	25/05/2022

Ministerio de Inclusión Económica y Social	INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS	Versión: 1
	CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02	Página: 3 de 13

## CONTROL DE CAMBIOS

Versión	Descripción del cambio	Responsable			Fecha
		Nombre	Cargo	Firma	
1	<i>Versión Original</i>	Leonardo Guerrero Ochoa	<i>Director de Servicios de Atención Domiciliar</i>	 <small>Firmado electrónicamente por:</small> <b>LEONARDO REMIGIO GUERRERO OCHOA</b>	25/05/2022

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	<b>Fecha: 2022/05/09</b>
		<b>Página: 1 de 14</b>

## CONTENIDO

1.	OBJETIVO .....	2
2.	ALCANCE.....	2
3.	RESPONSABLES .....	2
4.	INDICACIONES GENERALES.....	2
5.	DATOS GENERALES DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN.....	3
6.	COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE CALIDAD .....	3
	COMPONENTE 1: PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA.....	3
	COMPONENTE 2: PSICO-SOCIO-EDUCATIVO (ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL)	4
	COMPONENTE 3: SALUD PREVENTIVA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN.....	6
	COMPONENTE 4: TALENTO HUMANO .....	8
	COMPONENTE 5: INFRAESTRUCTURA, AMBIENTES SEGUROS Y ACCESIBLES.....	9
	COMPONENTE 6: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN.....	9
7.	ANEXOS .....	11

**Archivo: INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS**

*Toda copia impresa o digital de este documento será considerada **COPIA NO CONTROLADA**. Revisar versiones actualizadas en la Intranet Institucional.*

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	<b>Fecha: 2022/05/09</b>
		<b>Página: 2 de 14</b>

## 1. OBJETIVO

Facilitar la aplicación de la ficha de evaluación de calidad para las unidades de atención: Modalidad Creciendo con Nuestros Hijos - CNH.

## 2. ALCANCE

Este instructivo provee indicaciones generales sobre el llenado de las fichas de evaluación de calidad del Servicio de Atención Familiar “**Creciendo con Nuestros Hijos**”

## 3. RESPONSABLES

- **Responsable de entregar la información:** Es la Educadora/or familiar (unidad de atención) al momento de levantar la información correspondiente en la ficha de evaluación de la calidad.
- **Responsables del levantamiento de información:** Son las técnicas/os distritales, Coordinadoras/es Técnicos Territoriales y analistas zonales del Ministerio de Inclusión Económica y Social a nivel nacional.
- **Responsables del ingreso de la información en el SIIMIES:** Son las técnicas/os distritales, Coordinadoras/es Técnicos Territoriales y analistas zonales del Ministerio de Inclusión Económica y Social a nivel nacional.

## 4. INDICACIONES GENERALES

- Completar a mano con bolígrafo azul, en letra imprenta mayúscula clara y legible.
- Se deberá llenar una ficha por cada unidad de atención.
- Toda la información registrada en la ficha debe contar con respaldos físicos o digitales archivados en cada una de las unidades de atención.
- En caso que no exista asignada Educadora/or familiar para la unidad de atención, la calificación de los ítems se contempla en cero y se coloca la observación.

**Archivo: INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS**

Toda copia impresa o digital de este documento será considerada **COPIA NO CONTROLADA**. Revisar versiones actualizadas en la Intranet Institucional.

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	Fecha: 2022/05/09
		Página: 3 de 14

## 5. DATOS GENERALES DE LEVANTAMIENTO DE INFORMACIÓN

**NOMBRE DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:** Registre el nombre completo de la unidad de atención y los datos que se solicitan a continuación.

**CÓDIGO SIIMIES:** Registre el código que tiene la unidad de atención en el SIIMIES.

En el caso de ser unidad nueva, o no contar con el código solicitar al técnico distrital de TICs.

**MODALIDAD:** Registre el nombre de la modalidad (Creciendo con Nuestros Hijos).

**POBLACIÓN OBJETIVO SEGÚN NORMATIVA:** Registre la población (niñas y niños de cero a tres años de edad y mujeres gestantes).

**COBERTURA SIIMIES:** Registrar el número de niñas, niños y mujeres gestantes según el listado del registro de asistencia del día que se aplique la ficha de calidad (SIIMIES)

**NIÑAS, NIÑOS Y MUJERES GESTANTES ATENDIDOS EN RELACIÓN A LA CAPACIDAD DE LA UNIDAD DE ATENCIÓN:** Registre el número total de las niñas, niños y mujeres gestantes con relación al porcentaje.

>= 95%	> 80 < 95%	<= 80%
Nro.	Nro.	Nro.

## 6. COMPONENTES DE EVALUACIÓN DE CALIDAD

### COMPONENTE 1: PARTICIPACIÓN FAMILIAR Y COMUNITARIA

**1. ¿La unidad de atención ha conformado y mantiene activo el Comité de Familias?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención ha conformado y mantiene activo el Comité de Familias. Verificar con el acta de reunión de las familias y la ejecución del plan de acción actualizado. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**2. ¿La unidad de atención cuenta con el plan de acción anual actualizado del Comité de Familias?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención cuente con un plan de acción anual actualizado del Comité de Familias. Verificar en la matriz de plan de acción anual del Comité de Familias. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**3. ¿La unidad de atención ejecuta el plan de acción, conjuntamente con el Comité de Familias?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención ejecute el plan de acción, conjuntamente con el Comité de Familias. Verificar con plan de acción, acta de reuniones, informes, fotografías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**4. ¿El Comité de Familias ha socializado los resultados obtenidos en el plan de acción a la comunidad?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención haya socializado los resultados obtenidos en el plan de acción a la comunidad. Verificar con plan de acción, actas de reuniones, registros fotográficos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**5. ¿El Comité de Familias mantiene reuniones trimestrales o cada vez que se requiera?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso la unidad de atención mantenga reuniones trimestrales o cada vez que se requiera. Verificar con actas de reuniones. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**Archivo: INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS**

Toda copia impresa o digital de este documento será considerada **COPIA NO CONTROLADA**. Revisar versiones actualizadas en la Intranet Institucional.

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	Fecha: 2022/05/09
		Página: 4 de 14

**6. ¿El Comité de Familias mantienen reuniones con otras instituciones para gestionar el plan de acción?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención mantenga reuniones con otras instituciones para gestionar el plan de acción. Verificar con comunicaciones, cartas y oficios entre entidades o actas de reuniones. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

¿El Comité de Familias mantiene reuniones con otras instituciones para gestionar el plan de acción?

**7. ¿El Comité de Familias ha difundido el objetivo del servicio en la comunidad?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que el Comité de Familias haya difundido el objetivo del servicio en la comunidad. Verificar con comunicaciones, invitaciones, actas de reuniones o registros fotográficos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**8. ¿El Comité de Familias ha recibido capacitación por parte de la unidad de atención?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que el Comité de Familias ha recibido capacitación por parte de la unidad de atención. Verificar con comunicaciones, invitaciones, informes de capacitación, registros de asistencia o registros fotográficos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**9. ¿La unidad de atención conjuntamente con el Comité de Familias han realizado acciones de promoción de derechos a las familias para el cumplimiento de su rol en la crianza y cuidado de sus hijos y/o hijas?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que las unidades de atención conjuntamente con el Comité de Familias han realizado acciones de promoción de derechos a las familias para el cumplimiento de su rol en la crianza y cuidado de sus hijos y/o hijas. Verificar con comunicaciones, invitaciones, registros de asistencia o registros fotográficos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**COMPONENTE 2: PSICO-SOCIO-EDUCATIVO (ARTICULACIÓN INTERINSTITUCIONAL)**

**10. ¿La unidad de atención ejecuta la modalidad de acuerdo al horario establecido con las familias?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de la unidad de atención ejecute la consejería de acuerdo al horario establecido con las familias. Verificar con la hoja de localización, hoja de ruta. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**11. ¿La unidad de atención realiza las consejerías familiares individuales y grupales en espacios físicos externos o internos familiares y comunitarios?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que las consejerías familiares individuales y grupales se realicen en espacios físicos externos o internos, familiares y comunitarios. Verificar con la observación en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**12. ¿La unidad de atención cuenta con planificaciones semanales actualizadas de la consejería familiar individual y grupal, basadas en las fichas de actividades?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención cuente con planificaciones semanales, actualizadas de la consejería familiar individual y grupal, basadas en las fichas de actividades. Verificar que cuente con las planificaciones de consejerías por grupos de edad. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	Fecha: 2022/05/09
		Página: 5 de 14

**13. ¿Las consejerías familiares cumplen con los momentos metodológicos de acuerdo al tipo de atención (virtual, presencial: individual, grupal; o preparación de alimentos)?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cumpla con los momentos metodológicos (**fase previa**: momento inicial de seguimiento al estado de salud física y socioemocional fortalecimiento de la experiencia en la ejecución de la actividad de la consejería anterior; **jugando en familia**: explica y demuestra la actividad se da un tiempo de retroalimentación; **compartiendo saberes**: brinda el mensaje de salud y nutrición o entornos protectores y **hoy aprendimos**: recapitula las actividades demostradas o explicadas, refuerza lo comprendido) considerando el tipo de atención (virtual, presencial: individual, grupal; o preparación de alimentos). Verificar en la ejecución de las consejerías, planificación de actividades. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**14. ¿La unidad de atención motiva a las familias a realizar las actividades orientadas, en las acciones de su cotidianidad?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención motive a las familias a realizar las actividades orientadas, en las acciones de su cotidianidad. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**15. ¿La Fase previa cumple con la preparación del ambiente seguro/estimulador, materiales completos a disposición y con el juego preparado?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención prepare el ambiente que sea seguro/estimulador considerando el juego, disponga de materiales completos y a disposición en la Fase Previa. Constatación visual. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**16. En la fase previa la Educadora/or familiar de la unidad de atención evalúa la actividad anterior realizando preguntas generadoras como: ¿A qué jugó? ¿Cómo lo hizo? ¿Con qué lo hizo? ¿Qué desarrolla en la niña o niño?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención evalúa la actividad anterior a través de preguntas como: ¿A qué jugó? ¿Cómo lo hizo? ¿Con qué lo hizo? ¿Qué desarrolla en la niña o niño? Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**17. ¿En la fase previa, la Educadora/or familiar de la unidad de atención fortalece lo realizado por la familia en su hogar?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención en la fase previa fortalece lo realizado por la familia en su hogar. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**18. ¿En el momento Jugando en Familia/compartiendo saberes (con la mujer gestante), la Educadora/or familiar de la unidad de atención realiza la orientación de la nueva consejería, demostrando detalladamente lo que la familia o mujer gestante va a realizar y verifica la comprensión de lo explicado?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención en el momento jugando en familia/compartiendo saberes realiza la orientación de la nueva consejería demostrando lo que va a realizar y verifica lo comprendido. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**19. ¿En el momento jugando en familia/compartiendo saberes (con la mujer gestante) las familias y**

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	<b>Fecha: 2022/05/09</b>
		<b>Página: 6 de 14</b>

**mujeres gestantes realizan la consejería orientada con su niña o niño y los niveles de complejidad, según el caso?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención realice la consejería orientada con su niña o niño y apliquen los niveles de complejidad según sea el caso. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**20. ¿En el momento compartiendo saberes la Educadora/or familiar de la unidad de atención, realiza un conversatorio alrededor de mensajes de salud, nutrición o entornos protectores?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención realice un conversatorio alrededor de un mensaje de salud, nutrición o entornos protectores. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**21. En el momento hoy aprendimos, la Educadora/or familiar de la unidad de atención realiza una recapitulación de la consejería ejecutada; utilizando preguntas generadoras como: ¿A qué jugó? ¿Cómo lo hizo? ¿Con qué lo hizo? ¿Qué desarrolla en la niña, niño o en la mujer gestante?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención realice una recapitulación de la consejería ejecutada; utilizando preguntas generadoras como: ¿A qué jugó? ¿Cómo lo hizo? ¿Con qué lo hizo? ¿Qué desarrolla en la niña, niño o en la mujer gestante? Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**22. ¿En el momento hoy aprendimos, la Educadora/or familiar de la unidad de atención analiza con las familias los resultados, brinda orientaciones para la ejecución en el hogar de la consejería realizada y fomenta la utilización de materiales del entorno, reciclaje y re uso?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención analiza con las familias los resultados, brinda orientaciones para la ejecución en el hogar de la consejería realizada y fomenta la utilización de materiales del entorno, reciclaje y re uso. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**23. ¿La Educadora/or familiar de la unidad de atención registra la participación de la familia y mujer gestante, el avance de logros y dificultades de las niñas y niños en la ficha de seguimiento?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención registre la participación de la familia y mujer gestante, el avance de logros y dificultades de las niñas y niños en la ficha de seguimiento. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**24. ¿La Educadora/or familiar de la unidad de atención tiene y utiliza el material didáctico e impreso entregado por el MIES?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención tenga y utiliza el material didáctico e impreso entregado por el MIES. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**COMPONENTE 3: SALUD PREVENTIVA, ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN**

**25. ¿En el momento de hoy aprendimos, la Educadora/or familiar de la unidad de atención brinda orientaciones para la ejecución del paquete priorizado en: lavado de manos, lactancia materna,**



Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	<b>Fecha: 2022/05/09</b>
		<b>Página: 7 de 14</b>

**higiene alimentaria, consumo de agua segura, y los mensajes de las fichas de actividades?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención brinde orientaciones para la ejecución del paquete priorizado en: lavado de manos, lactancia materna, higiene alimentaria, consumo de agua segura, y los mensajes de las fichas de actividades. Verificar con planificación de actividades y ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**26. ¿La unidad de atención cuenta con copia actualizada de la Libreta Integral de Salud de la niña, niño o mujer gestante luego de cada control de salud?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con una copia actualizada de la Libreta Integral de Salud de la niña, niño o mujer gestante luego de cada control de salud. Verificar con las copias actualizadas de la Libreta Integral de Salud de las niñas, niños y mujeres gestantes. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**27. ¿La unidad de atención cuenta con fichas de monitoreo del estado nutricional de la niña y niño con graficación de curva de crecimiento actualizada al último control de salud (peso/edad, talla/edad e IMC)?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con las fichas de monitoreo del estado nutricional de la niña y niño con graficación de curva de crecimiento actualizada al último control de salud (peso/edad, talla/edad e IMC) según sea el caso. En el caso de mujer gestante no se contempla las fichas por lo que se considera como puntuación 2. Verificar con las fichas de monitoreo del estado nutricional con graficación de curva de crecimiento al último control de salud (peso/edad, talla/edad e IMC). Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**28. ¿La unidad de atención cuenta con la información física o digital de los carteles actualizados de la unidad de atención del estado nutricional de la niña, niño correctamente graficados según el indicador talla/edad al último control de salud?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con la información física o digital de los carteles actualizados de la unidad de atención del estado nutricional de la niña, niño correctamente graficados según el indicador talla/edad al último control de salud. En el caso de mujer gestante no se contempla las fichas por lo que se considera como puntuación 2. Verificar por medio de los carteles de monitoreo de crecimiento pueden ser físicos o digitales claramente definidos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**29. ¿La unidad de atención cuenta con el registro de los controles según sea el caso: mensual (0 a 8 meses); bimensual (9 a 12 meses); trimestral (12 a 24 meses); semestral (más de 24 meses) en el caso de mujer gestante controles mensuales?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con el registro de los controles según sea el caso: mensual (0 a 8 meses); bimensual (9 a 12 meses); trimestral (12 a 24 meses); semestral (más de 24 meses). En el caso de mujer gestante controles mensuales. Verificar por medio del registro actualizado de los controles según sea el caso. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**30. ¿La unidad de atención cuenta con el registro actualizado de niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que consumen suplemento de hierro en polvo, multivitaminas, multiminerales (Chis paz), y vitamina A?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con el registro actualizado de

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	Fecha: 2022/05/09
		Página: 8 de 14

niñas y niños de 6 a 23 meses de edad que consumen suplemento de hierro en polvo, multivitaminas, multiminerales (Chis paz), y vitamina A. Verificar por medio del registro actualizado de niñas y niños que consumen suplemento de hierro en polvo, multivitaminas, multiminerales (Chis paz), y vitamina A para el caso de mujer gestante N/A se considera una ponderación de 2 puntos. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

#### **COMPONENTE 4: TALENTO HUMANO**

**31. ¿La Educadora/or familiar CNH atiende exclusivamente a esta unidad de atención?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la Educadora/or familiar, atiende exclusivamente a esta unidad de atención CNH. Verificar con el registro de unidades del SIIMIES, registros de asistencia. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**32. ¿La Educadora/or familiar cuenta con el perfil según norma técnica**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la Educadora/or familiar, cuente con el perfil según la norma técnica. Profesional de nivel técnico o tecnológico en áreas de infancia, educación, desarrollo social, salud, nutrición y áreas afines (2 puntos). Bachiller con capacitación específica en temas de desarrollo infantil participación familiar - comunitaria o salud y nutrición (1 punto). Verificar el historial de la Educadora/or familiar en talento humano. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**33. ¿La Educadora/or familiar ha participado en capacitaciones a través de la formación continua y/o profesionalización en áreas relacionadas con desarrollo infantil integral?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que Educadora/or familiar ha participado en capacitaciones a través de la formación continua y/o profesionalización en áreas relacionadas con desarrollo infantil integral. Verificar en el historial de talento humano los certificados de las capacitaciones en formación continua. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**34. ¿La Educadora/or familiar ejecuta semanalmente las consejerías con las familias de niñas y niños de 0 a 36 meses y mujeres gestantes?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención ejecuta semanalmente consejerías a familias de niñas y niños de 0 a 36 meses y mujeres gestantes. Verificar con la ejecución de las consejerías, listado de asistencias. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**

**35. ¿La Educadora/or familiar cuenta con la cobertura completa de acuerdo al tipo de unidad (Concentrada: 45; Dispersa: 3; Altamente dispersa: 20)**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención cuente con la cobertura completa de acuerdo al tipo de unidad (Concentrada: 45; Dispersa: 35; Altamente dispersa. Verificar con los registros de asistencia SIIMIES. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**36. ¿La Educadora/or familiar cuenta con más de 5 mujeres gestantes, niñas o niños menores de 180 días, dentro de su cobertura atendida?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuenta con más de 5 mujeres gestantes y niñas y niños menores de 180 días, dentro de su cobertura atendida. Verificar con el registro de asistencia SIIMIES, hojas de localización. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**37. ¿La Educadora/or familiar actualiza mensualmente el 100% de información del registro SIIMIES de toda su cobertura asignada?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la Educadora/or actualice mensualmente el 100% de información SIIMIES de toda su cobertura. Verificar con los registros de asistencia del SIIMIES. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**38. ¿La Educadora/or familiar actualiza mensualmente el 100% de información del registro SIIMIES de toda su cobertura asignada?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la educadora/or actualiza mensualmente el 100% de información

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	Fecha: 2022/05/09
		Página: 9 de 14

del registro SIIMIES con relación a su cobertura asignada. Verificar con los registros de asistencia del SIIMIES. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**39. ¿La Educadora/or familiar reporta información de las niñas, niños y mujeres gestantes a la Coordinadora/or Técnica Territorial para articular la atención de los usuarios con otras instituciones públicas mediante la mesa técnica territorial?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la Educadora/or familiar reporta información de las niñas, niños y mujeres gestantes a la Coordinadora/or técnico territorial para articular la atención de los usuarios con otras instituciones públicas mediante la mesa técnica territorial. Verificar con los registros de reporte de atenciones, correos institucionales. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**40. ¿Cuánto tiempo trabaja como Educadora/or familiar CNH?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la Educadora/or familiar trabaja de 17 a 24 meses o más, (3 puntos); 9 a 16 meses (2 puntos) y 0 a 8 meses (1 puntos) según corresponda. Verificar con nómina de talento humano. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**41. ¿La unidad de atención registra el seguimiento nominal por cada niña, niño hasta los 36 meses de edad y mujer gestante en el sistema vigente?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención registra el seguimiento nominal por cada niña, niño hasta los 36 meses de edad y mujer gestante en el sistema vigente. Verificar con nómina ingresada del Sistema integrado de evaluación de la política pública (SIEPP). Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

## COMPONENTE 5: INFRAESTRUCTURA, AMBIENTES SEGUROS Y ACCESIBLES

**42. ¿La unidad promueve la atención receptiva en respuesta a las necesidades de las niñas, niños o mujeres gestantes, cuando realiza la consejería individual o grupal?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad promueve la atención receptiva en respuesta a las necesidades de las niñas, niños o mujeres gestantes, cuando realiza la consejería individual o grupal. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**43. ¿La unidad de atención propicia la interacción y relaciones positivas en las consejerías familiares y con los miembros de la familia?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención propicie la interacción y relaciones positivas en las consejerías familiares y con los miembros de la familia. Verificar en la ejecución de las consejerías. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**44. ¿La unidad de atención realiza acciones de protección ante situaciones de riesgo o vulneración de derechos?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención realice acciones de protección ante situaciones de riesgo o vulneración de derechos en caso que lo hubiere. Verificar en la ejecución de las consejerías, reporte de caso a la Coordinadora/or territorial, matriz de reporte, correo institucional. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**45. ¿La unidad de atención cuenta con un espacio comunitario de encuentro familiar, interno o externo, libre de riesgos y peligros para la consejería grupal o la realización de reuniones?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad de atención cuente con un espacio comunitario de encuentro familiar, interno o externo, libre de riesgos y peligros para la consejería grupal o la realización de reuniones. Verificar en la ejecución de las consejerías, reporte de caso a la Coordinadora/or territorial, matriz de reporte, correo institucional. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	Versión: 1
	CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02	Fecha: 2022/05/09
		Página: 10 de 14

## COMPONENTE 6: ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN

**46. ¿La unidad atención cuenta con un archivo documental físico o digital actualizado como: registros de asistencia, hojas de localización y ruta con las firmas de las familias, actas, informes, planes de mejora actualizados y ejecutados, expedientes de niñas, niños y mujeres gestantes, matrices de seguimiento semanal de las consejerías, plan de reapertura y continuidad?**

Marque con una **X** en **SI**, en caso de que la unidad atención cuente con un archivo documental actualizado físico o digital. Verificar con los instrumentos actualizados de registros de asistencia, hojas de localización y ruta con las firmas de las familias, actas, informes, planes de mejora actualizados y ejecutados, expedientes de niñas, niños y mujeres gestantes, matrices de seguimiento semanal de las consejerías, plan de reapertura y continuidad. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**47. ¿La unidad de atención participa en reuniones semanales de equipo, convocadas por las coordinadoras/es técnicas/os Territoriales?**

Marque con una **X**, en el caso que la unidad de atención participa en reuniones semanales de equipo, convocadas por Coordinadoras/es técnicas/os Territoriales. Verificar con registros de asistencia. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**48. ¿La unidad de atención cuenta con el último registro de asistencia de la reunión informativa con familias, sobre el proceso de continuidad educativa?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con el último registro de asistencia de la reunión informativa con familias, sobre el proceso de continuidad educativa. Verificar con los informes de reuniones, registros de asistencias. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**49. ¿La unidad de atención planifica y ejecuta el plan de mejora trimestral para el mejoramiento de la calidad?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con la planificación y ejecución del plan de mejora trimestral para el mejoramiento de la calidad. Verificar con el plan de mejora actualizado y en ejecución. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**50. ¿La unidad de atención cuenta con la base de fichas de vulnerabilidad de asignación de posibles usuarios?**

Marque con una **X** en **SI**, en el caso de que la unidad de atención cuente con la base de fichas de vulnerabilidad de asignación de posibles usuarios. Verificar con el listado de usuarios aplicados la ficha de vulnerabilidad. Caso contrario marcar con una **X** en **NO**.

**Observaciones:** Registrar cualquier tipo de observación detectada y que no se encuentre considerada dentro de la ficha de evaluación.

### ACUERDO DE VERACIDAD DE LA INFORMACIÓN

Es el espacio en donde se informa que, al firmar el documento, garantiza la veracidad de la información brindada por la unidad de atención y registrada por Técnicas/os Distritales, Coordinadoras/es Técnicos Territoriales y Analistas Zonales quienes realicen la aplicación de la ficha y correspondiente y verifiquen las evidencias encontradas durante la evaluación.

Este acuerdo de veracidad está conforme al Acuerdo Ministerial Nro. 013 "Cero Tolerancia a la

**Archivo: INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS**

Toda copia impresa o digital de este documento será considerada **COPIA NO CONTROLADA**. Revisar versiones actualizadas en la Intranet Institucional.

Ministerio de Inclusión Económica y Social	<b>INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	<b>Versión: 1</b>
	<b>CÓDIGO: GPE-DPS-MP-04-IN-02</b>	<b>Fecha: 2022/05/09</b>
		<b>Página: 11 de 14</b>

Corrupción del Ministerio de Inclusión Económica y Social" expedido el 26 de febrero de 2018

**Espacio de nombres y firmas:**

**Nombre del Técnico Evaluador/a:** Nombres completos y firma de los responsables del levantamiento de la información.

**Nombre del responsable de la unidad de atención con quién se levantó la información:** Nombres completos y firma de la persona que proporciona la información.

## 7. ANEXOS

No.	NOMBRE	CÓDIGO
2	<b>FICHA DE EVALUACIÓN DE CALIDAD PARA LA MODALIDAD CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS</b>	MIES 3.2-CGPGE-DSPC- P04/R02/02

**Archivo: INSTRUCTIVO DE FICHA DE CALIDAD SERVICIO DE ATENCIÓN FAMILIAR CRECIENDO CON NUESTROS HIJOS**

Toda copia impresa o digital de este documento será considerada **COPIA NO CONTROLADA**. Revisar versiones actualizadas en la Intranet Institucional.