



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## COMUNICADO

NOVIEMBRE 2013

La Oficina General de Estadística e Informática del Ministerio de Salud – **OGEI-MINSA**, en el marco del cumplimiento de las metas 47 y 52: “*Padrón nominal distrital de niñas y niños menores de 06 años homologado y actualizado*”, comunica lo siguiente:

1. La Mesa de Ayuda de RENIEC tiene un nuevo número que se debe utilizar para las consultas sobre el aplicativo: 3154000 - anexo 59000
2. La Mesa de Ayuda de OGEI-MINSA tiene el teléfono 3156600 con sus anexos: 2341, 2313 y 2312.
3. Para la segunda entrega del Acta corresponde el periodo de conciliación: 01 de octubre al 31 de octubre 2013.
4. La fecha de entrega de dichas actas correspondientes al periodo de conciliación de información de octubre 2013 se entregaran como fecha máxima el 15 de noviembre 2013.
5. En anexo N° 1 de este comunicado se encuentra modo de llenado del acta con sus áreas indicadas a no registrarse.
6. Las actas firmadas entre el municipio y EESS de salud no deben tener enmendaduras ni borrones y deben ser enviadas a la DIRESA/GERESA de la región.
7. La clave que permite el acceso al aplicativo del padrón nominal solo debe ser usado por la persona asignada del municipio.

Anexo: Se adjunta modelo de registro de Acta.

Ministerio de Salud

Oficina General de Estadística e Informática



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## ANEXO N° 1 MODELO DE REGISTRO DE ACTA

Pág N° 01

ACTA DE VERIFICACIÓN, HOMOLOGACIÓN, ACTUALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL REGISTRO DE NIÑOS Y NIÑAS  
REGISTRADOS EN EL PADRÓN NOMINADOcorresponde al periodo  
de recolección del  
número de niños  
menores de 6 años.

PERÍODO DE CONCILIACIÓN: DEL

01/10/2013

AL

30/10/2013

En la ciudad de

Chiclayo

con la presencia del representante del gobierno local

Sr. José Luis Camcex Huamanc

Nombres y Apellidos

Con N° de DNI

09101013

Del

ChiclayoChiclayoLambayeque

y el (a) representante de:

CS NUEVO HORIZONTESS

codigo RENAES

4332

Distrito

Provincia

Departamento

Nombre del Establecimiento de Salud

Nombres y Apellidos del Representante del Establecimiento de Salud	Cargo
<u>Lic. Marielena Zárate Olarte</u>	<u>RESPONSABLE ETAPA DE VIDA NIÑO</u>

Reunidos para la conciliación de los registros existentes para la actualización del Padrón Nominado para el periodo establecido.

## DE LA CONCILIACIÓN DE LOS DATOS

1. N° de niños (as) nuevos (as) registrados en el padrón del gobierno local hasta: 31 de octubre

10  
total de niños registrados por el municipio EJM: 10

2. N° de niños (as) nuevos (as) inscritos en los registros de los Establecimientos de Salud del MINSA para el periodo:

20  
total de niños registrados por el EESS

3. N° de niños (as) nuevos (as) registrados en la base de datos del gobierno local que no se encuentran en los registros de los Establecimientos de Salud del MINSA para el periodo:

Nº %  
6 ~~NO REGISTRA~~ % que representa del total (Nº \* 100 / ítem 1.)  
Si de los 10 niños registrados en el municipio 6 no están registrados en el EESS, por lo que 6 sería el numero a registrarse en la casilla.

4. N° de niños (as) nuevos (as) inscritos en los registros de los Establecimientos de Salud del MINSA que no se encuentran registrados en la base de datos del gobierno local

para el periodo:

Nº %  
14 ~~NO REGISTRA~~ % que representa del total (Nº \* 100 / ítem 2.)  
Si de los 20 niños registrados en el EESS 14 no están registrados en el municipio. Por lo que 14 sería el numero a registrarse en la casilla.

## INFORMACIÓN ADICIONAL

A. N° de niños (as) registrados en el mes que no cuentan con DNI / CUI

Nº	Acumulado	
NO REGISTRA	(El 1º mes el Nº de niños (as) es igual al acumulado)	considerar según listado a

considerar según listado a consolidar en el mes entre EESS y municipio

B. N° de niños (as) registrados el mes anterior que no contaban con DNI / CUI y que este mes ya lo tienen

**Nº** **Acumulado** **y municipio**  
~~NO REGISTRAR~~ ~~NO REGISTRAR~~ (El 1º mes el Nº de niños (as) es igual al acumulado)

## LISTADO DE NIÑOS NUEVOS IDENTIFICADOS A REGISTRAR

### Nombres Apellidos

DNI

**Firma del Representante del Gobierno Local**

### Nombres Apellidos

DNI

**Firma del o un Representante del (los)  
establecimientos de Salud**