



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional  
Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Iquitos, 08 de febrero de 2023

OFICIO N° -2023-MIDIS/PNCM-UTLRT

Señor(a)

**ELVA ROSA CARMONA DE CHU**  
**COMITE DE TRANSPARENCIA Y VIGILANCIA**  
**URB JARDIN 32. CALLE MORONA CDRA 07**  
**LORETO-MAYNAS-IQUITOS**  
**Presente. -Señor(a)**

Asunto : Respuesta a Caso N° 021-2023-CTVC/IQUITOS-OFFICIO N° 010-2023-CTVC/LORETO/IQUITOS

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 al Programa Nacional Cuna Mas del 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 26 enero del 2023, la Unidad Territorial Loreto recibió la Alerta registrada como el Caso N°021-2023-CTVC/IQU, referida al funcionamiento del Servicio de Acompañamiento de Familias del Comité de Gestión “**Virgen de las Mercedes**”. Cabe precisar que, en el Oficio mencionan que el caso corresponde al CG Virgen de las Mercedes, lo cual no es correcto porque la Facilitadora entrevistada pertenece al CG **NIÑO SANJUANINO**.

**TERCERO:** Al respecto, es preciso señalar que el Comité de Gestión “**NIÑO SANJUANINO**”, reconocido con RDE N° 01473-2021-MIDIS/PNCM, está ubicado en el distrito de TIGRE, provincia LORETO. Este CG viene atendiendo a 150 familias niños y niñas menores de 36 meses de edad y gestantes.

**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.**

Con fecha 05/12/2022 durante las acciones de vigilancia a la Prestación de Servicios Presenciales del PNCM, se entrevistó al Señora KELLY MACEDO PADILLA, con DNI N° 40440629, FACILITADORA del Comité de Gestión “**NIÑO SANJUANINO**”; información recogida mediante Ficha de vigilancia N° V-175-2022-IQU-C, donde se registraron los siguientes puntos críticos, descrito a continuación:

1. **PROGRAMA NO CUMPLE CON FRECUENCIA ESTABLECIDA PARA VISITAS DOMICILIARIAS A FAMILIA USUARIA.** Al consultar a la Facilitadora: el mes pasado cuántas visitas domiciliarias realizó a un mismo hogar, refiere que solo realizó 2 visitas, porque así dice el reglamento o directiva. Lo mencionado, pone de manifiesto que no se estaría incumpliendo con la frecuencia de visitas domiciliarias establecida por el Programa. según la RDE 000026-2022-MIDIS/PNCM-DE- “Prestación



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional  
Cuna Más

### “Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

del Servicio de Acompañamiento a Familias del Programa Nacional Cuna Más”, señalado en el Numeral 4.2.4 Frecuencia de Visitas a la Familia y Sesiones de Socialización: Durante la gestación y desde el nacimiento hasta los 36 meses: Cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales, además Sesiones de Socialización: Mensuales, a partir de 12 meses de edad del niño/de la niña y hasta su egreso.

Este caso se considera **INFUNDADO**,

De las indagaciones realizadas, la facilitadora refiere que, al momento en que se realizó la encuesta para el llenado de la ficha de veeduría por el vicepresidente del CLTV, la señora KELLY MACEDO PADILLA regresaba de su faena de cosecha del campo, mientras sacaba su producto (yuca) del costal, respondía las preguntas, la cual; entendió y escucho por el responsable del CLTV que le preguntó ¿En qué número de visita domiciliaria te encuentras realizando?, la cual respondió en consideración del mes; que iba por la segunda visita, dado que la fecha de ocurrencia fue el 05/12/2022(se encontraba en la primera semana del mes de diciembre) por lo que corresponde el número de visitas en coherencia a la directiva y lo cual ha sido reforzado en *la reunión **Reunión de Planificación del AT a las Facilitadoras en el mes de noviembre (Anexo N°01)**, con la profesora Milagros para elaborar el cuadro de visitas a las familias usuarias (Cronograma/Planificación de Visitas – Anexo N°02), ante ello se precisa que la facilitadora, en el mes de diciembre 2022 cumplió con realizar las visitas domiciliarias (Ficha de Visita Domiciliaria Anexo - N°03) según calendarización del Mes de Diciembre (**Calendarización del Mes de Diciembre PNCM - Anexo N°04**), a los usuarios que están a su cargo (**Ratio de la facilitadora según sistema Integrado - Anexo N°05**).*

#### **MEDIDA PREVENTIVA:**

El Acompañante Técnico responsable del CG Niño Sanjuanino, realiza el seguimiento y acompañamiento técnico a la facilitadora en marco a la ejecución de las cuatro (04) visitas domiciliarias mensuales a cada familia usuaria asignada.

- 2.- **MIEMBROS DEL COMITÉ DE GESTIÓN DESCONOCE/NO UTILIZA LOS SERVICIOS QUE BRINDA “CUNA MÁS DIGITAL.** Durante la entrevista, la facilitadora manifestó no conocer la existencia de la plataforma “Cuna Más digital”, además de no recibir información acerca de dicho recurso. Esta situación estaría contraviniendo la RDE No 000334- 2022- MIDIS/PNCM “Plan de Comunicaciones 2022” en el numeral 6.6.2 Comunicación Digital dice que a través de Cuna Más Digital y sus diversas plataformas digitales, se promoverán a las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad.

Según la RDE N.º 334-20212-MIDIS/PNCM “Plan de comunicaciones 2022” es el documento de gestión que dirige los lineamientos de la Unidad de Comunicaciones. Para su elaboración se han tomado en cuenta los documentos de gestión en materia comunicacional elaborados desde la creación del PNCM y el Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social.

Por otro lado, el objetivo general de dicho documento es Fortalecer la imagen y posicionamiento del Programa Nacional Cuna Más y de las prácticas de cuidado infantil, para



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional  
Cuna Más

### “Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

contribuir al logro de los objetivos institucionales en el marco del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad.

La RDE N.º 334-20212-MIDIS/PNCM “Plan de comunicaciones 2022, en el numeral 2.5.2 Comunicación digital señala:

- Elaborar campañas, mensajes y contenidos gráficos o audiovisuales que promuevan los servicios del PNCM y las prácticas de desarrollo infantil a madres, padres y/o cuidadores principales de niños menores de 36 meses.
- Desarrollar nuevas piezas audiovisuales, de audio y gráficas para la Multiplataforma de Comunicación para el Desarrollo Infantil Temprano (Cuna Más Digital, Cuna Más Radial y Gráficas Cuna Más), con la finalidad de continuar promoviendo en las madres, padres y cuidadores principales las prácticas de cuidado, nutrición, fortalecimiento del vínculo afectivo, bienestar emocional, físico y de aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad. Para la elaboración de las nuevas piezas tomarán en cuenta las recomendaciones de la primera encuesta de Comunicación Digital.
- Ejecutar acciones que generen el compromiso de los seguidores (que se sientan parte de la marca y de esta manera nos refieren nuevos usuarios), como el desarrollo de incógnitas y retos que involucren a las y los seguidores de las redes sociales institucionales.
- Potenciar el uso de medios digitales (como WhatsApp o SMS) para la difusión de contenidos de prácticas de desarrollo infantil de niños menores de 36 meses a las familias usuarias de los servicios del PNCM. Esta acción será desarrollada a través de los actores comunales de las Unidades Territoriales.
- Dinamizar las publicaciones en las redes sociales institucionales, priorizando el uso de animaciones (simples y con textos animados) en lugar de las gráficas con mucho texto y sin ilustraciones. A través de herramientas digitales se analizará el rendimiento de todo lo que se publica sobre el PNCM en internet, redes sociales, foros, web. Además, se ejecutará un mapeo de las redes sociales de los principales medios de comunicación y organismos de interés del PNCM, a fin de identificar temas que afecten la imagen y reputación del programa y se pueda reducir posibles crisis o prepararse a enfrentarlas.
- Coordinar con las unidades orgánicas la actualización de la información mensual, de Portal de Transparencia.

El punto crítico se considera **FUNDADO**,

Respecto al punto crítico se señala que no se realizó la difusión de la plataforma “Cuna Mas Digital” a nivel de los miembros del Comité de Gestión NIÑO SAN JUANINO debido a el acompañante técnico desconocía el funcionamiento de la plataforma “Cuna Mas Digital”

### **MEDIDAS CORRECTIVAS:**



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional  
Cuna Más

### “Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

La UT Loreto con fecha 31 de enero 2023, emitió un memorándum múltiple a los AT del SAF, mediante la red oficial de WhatsApp del SAF UT Loreto; a fin de socializar y promover a los actores comunales el conocimiento y uso de la plataforma “Cuna Más Digital” para que estos promuevan en las familias usuarias del PNCM los conocimientos y prácticas de cuidado, nutrición, bienestar emocional, físico y el aprendizaje de niñas y niños menores de 36 meses de edad a través de la plataforma “CUNA MAS DIGITAL” (**Anexo N°06**)

El equipo técnico de Especialistas Integrales, fortaleció el uso y manejo de la plataforma “Cuna Mas Digital” a los acompañantes técnicos del SAF (**Anexo N°07**)

El Acompañante técnico, con fecha 31 de enero del 2023, socializó la plataforma de “Cuna Mas Digital” donde dio a conocer los enlaces oficiales a los contenidos de dicha plataforma, a través de la red oficial de WhatsApp del CG NIÑO SANJUANINO, siendo la Facilitadora KELLY MACEDO PADILLA una de las integrantes del grupo (**Anexo N°08**)

#### **MEDIDA PREVENTIVA:**

Los Acompañantes técnicos del SAF emitirán un informe técnico entre las fechas 28 del mes de febrero del año en curso, sobre la socialización de los contenidos de “Cuna Mas digital” de los actores comunales hacia sus familias usuarias asignadas.

Cada mes, los Actores Comunales realizarán la difusión de la Plataforma Cuna Más Digital en las Familias Usuarias para promover el acceso a los contenidos.

#### **CONCLUSION:**

De las observaciones realizadas por el Comité de Transparencia y Vigilancia Ciudadana de Loreto, del CASO N°021-20203-CTVC/IQU. Se precisa:

- El punto crítico 01 se considera **INFUNDADO**, en coherencia con los criterios técnicos establecidos en el programa.
- El Punto crítico 02 se consideran **FUNDADO**, por lo que se procedió a levantar las observaciones tal como se señala en el análisis precedente.

Sin otro particular, aprovecho la ocasión para expresarle las muestras de mi especial consideración y estima personal

Atentamente.

**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**  
**CARMEN ROSA MARTINEZ TARAROCHA**  
**COORDINADOR(A) DE UNIDAD TERRITORIAL(e)**  
**Programa Nacional Cuna Más**

CRMT/mps



PERÚ

Ministerio de Desarrollo  
e Inclusión Social

Viceministerio  
de Prestaciones Sociales

Programa Nacional  
Cuna Más

## “Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Se adjunta:

Anexo 1

Anexo 2

Anexo 3

Anexo 4

Anexo 5

Anexo 6

Anexo 7

Anexo 8



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

**ANEXO 01.**

**ACTA DE REUNION DE SOCIALIZACION CON LAS FACILITADORAS-DICIEMBRE 2022**

|  |                        |         |             |
|--|------------------------|---------|-------------|
| PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social | <b>FORMATO</b>         | Código  | UPPM.FR.001 |
|  | <b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Versión | 00          |
|  |                        | Página  | 1 de 2      |

|         |   |
|---------|---|
| TEMA    | : Reunión de planificación del acompañante técnico con la facilitadora en marco a la RDE N°026-2022-MIDIS/PNCM (planificación de visitas domiciliarias y sesiones de socialización) |
| FECHA   | : 21/11/2022  |
| LUGAR   | : cpp- alfonso Ugarte – cpp 28 de julio   |
| PRESIDE | : acompañante técnico Milagros Katherine Pérez Salvador   |

Participantes:

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS             | CARGO / UNIDAD | FIRMA |
|----|---------------------------------|----------------|-------|
| 1  | MACEDO PADILLA, KELLY           | FACILITADORA   |       |
| 2  | TUANAMA PADILLA, TALY NATHALY   | FACILITADORA   |       |
| 3  | SEVILLANO SHIHUANGO, ONEYDA     | FACILITADORA   |       |
| 4  | VELA PARRA, SELMITA             | FACILITADORA   |       |
| 5  | KARINA LA TORRE CELIZ           | FACILITADORA   |       |
| 6  | TORRES CHOTA, MARGELITA         | FACILITADORA   |       |
| 7  | OCHAVANO BARDALES, YURI YACONDI | FACILITADORA   |       |
| 8  | BARDALES YASACAMA, LUZ MANUELA  | FACILITADORA   |       |
| 9  | NAPUCHE PAIMA, MERY LUZ         | FACILITADORA   |       |
| 10 | GALAN SANDI, MEILI              | FACILITADORA   |       |
| 11 | AYACHE CUNAYAPE, ZILA ESTHER    | FACILITADORA   |       |



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

|  |  |         |             |
|--|--|---------|-------------|
|  | <b>FORMATO</b><br><b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Código  | UPPM.FR.001 |
|  |  | Versión | 00          |
|  |  | Página  | 2 de 2      |

|    |                              |              |  |
|----|------------------------------|--------------|--|
| 12 | CALDERON TAPUY, ALIDA JOVITA | FACILITADORA |  |
| 13 | TAPUY COCHINQUE, NICIDA      | FACILITADORA |  |
| 14 | LAICHE PALLA, MARIA MERCEDES | FACILITADORA |  |
| 15 | TAPUY ISAMPA MARITZA         | FACILITADORA |  |
|    |                              |              |  |

Agenda:

1. Socializar el padrón nominal correspondiente a las familias a cargo.
2. Socializar el cronograma mensual de actividades con la familia
3. Revisar las actividades a desarrollar con las familias considerando fecha y hora a coordinar
4. Revisar y seleccionar el material para las visitas domiciliarias
5. Desarrollo de casuísticas
6. Aclarar y resuelve las dudas de la planificación del mes anterior

Acuerdos:

| ACCIONES   | RESPONSABLE       | FECHA PROPUESTA |
|--|-------------------|-----------------|
| Revisar a los facilitadores el uso del Padrón                              | AT Repomaba       | 27/12/2020      |
| Descargar los Videos de Cuna Más Digital para reforzar a los facilitadores | AT Molegas<br>PMS | 28/12/2020      |

Observaciones:

Próxima Reunión:



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

ANEXO N° 02.-

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE LA FACILITADORA

| CÓDIGO                                       |                               | FORMATO   |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | CÓDIGO                              |                            |           |  |
|--|-------------------------------|---|----------|-------|--------------------|----------|-------|--------------------|----------|-------|--------------------|----------|------|--------------------|-------------------------|-------------------------------------|----------------------------|-----------|--|
| UTAI-FR-105                                  |                               | CRONOGRAMA DE LA FACILITADORA/A - SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO A FAMILIAS |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | UTAI-FR-105                         |                            |           |  |
| Versión                                      |                               |   |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | 01                                  |                            |           |  |
| Página                                       |                               |   |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | 1 de 1                              |                            |           |  |
| Módulo                                       |                               | NINO SANJUANINO   |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | MES                                 |                            |           |  |
| TECNICO: MILAGROS KATHERIN PEREZ SALVADOR    |                               | COMITÉ DE GESTIÓN   |          |       |                    |          |       |                    |          |       |                    |          |      |                    |                         | FACILITADORA/A: Yulky Haudo Padilla |                            | Diciembre |  |
| NOMBRES Y APELLIDOS DEL CUIDADOR/A PRINCIPAL | NIÑO/O GESTANTE               | EDAD NIÑO/A O MES DE GESTACIÓN  | VISITA 1 |       |                    | VISITA 2 |       |                    | VISITA 3 |       |                    | VISITA 4 |      |                    | SESIÓN DE SOCIALIZACIÓN |                                     | FICHA DE SEÑALES DE ALERTA |           |  |
|  |                               |   | FECHA    | HORA  | CÓDIGO DE CARTILLA | FECHA    | HORA  | CÓDIGO DE CARTILLA | FECHA    | HORA  | CÓDIGO DE CARTILLA | FECHA    | HORA | CÓDIGO DE CARTILLA | FECHA                   | HORA                                | FECHA                      | HORA      |  |
| Keyli Sarai Galan Sandi                      | Aydel Shanara Mandujari Galan | 13  | 05/12/22 | 08:00 | 53F                | 12/12/22 | 09:30 | 54F                | 19/12/22 | 09:00 | 55F                | -        | -    | -                  | 22/12/22                | 10:00                               | 06/12/22                   | 14:00     |  |
| Zhis Patricia Tuituy Yasacama                | Celina Perez Tuituy           | 5   | 05/12/22 | 11:00 | 21F                | 12/12/22 | 11:15 | 22F                | 19/12/22 | 10:00 | 23F                | -        | -    | -                  | 22/12/22                | 10:00                               | 06/12/22                   | 16:00     |  |
| Teresa Porario Haudo Padilla                 | Estrella Kayte Castro Haudo   | 17  | 01/12/22 | 09:00 | 69F                | 12/12/22 | 09:00 | 70F                | 20/12/22 | 08:00 | 71F                | -        | -    | -                  | 21/12/22                | 10:00                               | 09/12/22                   | 14:30     |  |
| Ceydi Ilarina Rodríguez Nuñez                | Ceydi Ilarina Rodríguez Nuñez | 09  | 06/12/22 | 11:30 | 31G                | 13/12/22 | 11:00 | 32G                | 20/12/22 | 11:30 | 29G                | -        | -    | -                  | 26/12/22                | 10:00                               | 07/12/22                   | 14:30     |  |
| Denia Cuy Calderón                           | Imir Skonell Torres Cuy       | 9   | 07/12/22 | 08:00 | 39F                | 11/12/22 | 09:30 | 40F                | 21/12/22 | 09:00 | 41F                | -        | -    | -                  | 26/12/22                | 10:00                               | 07/12/22                   | 16:00     |  |
| Trauma Tello Escobedo de Sobro               | Jahaziel Nayeli Sobro Tello   | 28  | 07/12/22 | 11:15 | 113F               | 14/12/22 | 10:30 | 114F               | 21/12/22 | 11:30 | 115F               | -        | -    | -                  | 22/12/22                | 09:00                               | 09/12/22                   | 14:30     |  |
| Ernesto Hidalgo Aguinda                      | Shorman Efraim Hidalgo Tuituy | 26  | 07/12/22 | 07:30 | 106F               | 15/12/22 | 08:00 | 107F               | 22/12/22 | 07:00 | 108F               | -        | -    | -                  | 26/12/22                | 09:00                               | 10/12/22                   | 15:00     |  |
| Sebastian Octavio Yasacama Yajete            | Margen Anely Yasacama Enciso  | 16  | 07/12/22 | 10:15 | 65F                | 15/12/22 | 11:30 | 66F                | 22/12/22 | 10:00 | 67F                | -        | -    | -                  | 26/12/22                | 09:00                               | 10/12/22                   | 17:00     |  |
| Rosana Yupe Pua                              | Rosana Yupe Pua               | 4   | 11/12/22 | 08:00 | 65                 | 16/12/22 | 08:00 | 76                 | 23/12/22 | 08:00 | 85                 | -        | -    | -                  | 26/12/22                | 10:00                               | 11/12/22                   | 15:00     |  |
| Nuria Mayancki Muñoz                         | Pon Abril Santalucia Mayancki | 5   | 11/12/22 | 11:30 | 24F                | 16/12/22 | 10:00 | 25F                | 23/12/22 | 11:30 | 26F                | -        | -    | -                  | 24/12/22                | 09:00                               | 11/12/22                   | 17:30     |  |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Anexo 03.

FICHAS DE VISITAS DE LA FACILITADORA KELLY MACEDO

| FORMATO   |   | Código  | UTAI-FR-107                       |
|---|---|---|-----------------------------------|
| FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES   |   | Versión:  | 01                                |
|   |   | Página:   | 1 de 1                            |
| <b>I. DATOS GENERALES</b>   |   |   |                                   |
| 1.1. Unidad Territorial:<br>LORETO  | 1.2. Mes:<br>12                                   | Año:<br>2022  |                                   |
| 1.3. Código de la Familia:<br>705270  | 1.4. Código de la niña o niño:<br>6322035         | 1.5. EDAD (Meses):<br>13  |                                   |
| 1.6. Código Comité de Gestión:<br>1430  | 1.7. Nombre Comité de Gestión:<br>NIÑO SANJUANINO | 1.8. Centro Poblado de Vivienda:<br>C.A. Muro Negro                 |                                   |
| 1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño:<br>Angel Jhanisa Mandimari balan  | 1.10. Número de DNI:<br>42705825                  | 1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora:<br>Kelly Macedo Padilla | 1.12. Cód. Facilitador:<br>720202 |
| <b>II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA</b>   |   |   |                                   |
| Completa los datos o marque con una "X" donde corresponde   |   |   |                                   |
| 2.1. Fecha de la visita (dd/mm/aa)  | 2.1. a. Código de la cartilla desarrollada        | 2.1. b. Edad de la niña o niño                                      |                                   |
| 05, 12, 22  | 53 P  | 13  |                                   |
| 12, 12, 22  | 54 P  | 13  |                                   |
| 19, 12, 22  | 55 P  | 13  |                                   |
| 1, 1, 22  |   |   |                                   |
| 2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)  |   |   |                                   |
| a. Papá   | <input type="radio"/>                             | Papá  | <input type="radio"/>             |
| b. Mamá   | <input checked="" type="radio"/>                  | Mamá  | <input checked="" type="radio"/>  |
| c. Abuelo/a   | <input type="radio"/>                             | Abuelo/a  | <input type="radio"/>             |
| d. Otro familiar  | <input type="radio"/>                             | Otro familiar   | <input type="radio"/>             |
| 2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponde de acuerdo al esquema MINSA)   |   |   |                                   |
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control ORED de acuerdo a su edad?  | SI   No   | SI   No   | SI   No                           |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | SI   No   | SI   No   | SI   No                           |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | SI   No   | SI   No   | SI   No                           |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante uno vez por año)   | SI   No   | SI   No   | SI   No                           |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| e. Si la respuesta fue sí, responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | SI   No   | SI   No   | SI   No                           |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| 2.4. Consumo de hierro de la niña o niño  |   |   |                                   |
| a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sufruto Ferroso/Conoplejo Polimatado/Micronutrientes) durante la visita al hogar? | X   T   | X   T   | X   T                             |
| No Consume  | No Consume  | No Consume  | No Consume                        |
| No aplica   | No aplica   | No aplica   | No aplica                         |
| Observaciones:<br>*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:  |   |   |                                   |
| Visita N° 01  | Visita N° 02                                      | Visita N° 03  | Visita N° 04                      |
|   |   |   |                                   |
| Firma del Cuidador/a principal  | Firma del Cuidador/a principal                    | Firma del Cuidador/a principal                                      | Firma del Cuidador/a principal    |





PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

**FORMATO**  
**FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES**

Código: UTAI-FR-107  
Versión: 01  
Página: 1 de 1

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 1893144

1.4. Código de la niña o niño: 6322023

1.5. EDAD (Meses): 17

1.6. Código Comité de Gestión: 1430

1.7. Nombre Comité de Gestión: NINO SANJUANINO

1.8. Centro Poblado de Vivienda: CPN Alfonso Ugarte

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Estrella Mayra Castro Hando

1.10. Número de DNI: 92506668

1.11. Nombre y Apellido del/a Facilitador/a: Kelly Maura Padilla

1.12. Cód. Facilitador: 720202

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**

Complete los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                      | Visita N° 01   | Visita N° 02    | Visita N° 03    | Visita N° 04 |
|--------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)    | <u>6/12/22</u> | <u>13/12/22</u> | <u>20/12/22</u> | .....        |
| a. Código de la camilla desarrollada | <u>69 F</u>    | <u>70 P</u>     | <u>71 F</u>     |              |
| b. Edad de la niña o niño            | <u>17</u>      | <u>17</u>       | <u>17</u>       |              |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MINSA)

|   | SI                                  | NO                                  | SI                                  | NO                                  | SI                                  | NO                                  | SI                                  | NO                                  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimatado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?

|            | P                                   | T                                   | P                                   | T                                   | P                                   | T                                   | P                                   | T                                   |
|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| No Consume | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          | No Consume                          |
| No aplica  | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           | No aplica                           |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

Visita N° 01: [Firma]  
Firma del Cuidador/a principal

Visita N° 02: [Firma]  
Firma del Cuidador/a principal

Visita N° 03: [Firma]  
Firma del Cuidador/a principal

Visita N° 04: [Firma]  
Firma del Cuidador/a principal



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

FORMATO  
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES

|  |          |             |
|--|----------|-------------|
|  | Código   | UTAI-PR-107 |
|  | Versión: | 01          |
|  | Página:  | 1 de 1      |

---

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 683315 1.4. Código de la niña o niño: 738665 1.5. EDAD (Meses): 10

1.6. Código Comité de Gestión: 1430 1.7. Nombre Comité de Gestión: NIÑO SANJUANINO 1.8. Centro Poblado de Vivienda: San Juanito

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Cecilia Mariana Rodriguez Nunez 1.10. Número de DNI: 46693290

1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora: Kelly Rosendo Padilla 1.12. Cód. Facilitador: 710202

---

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**  
Completa los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                       | Visita N° 01    | Visita N° 02    | Visita N° 03    | Visita N° 04 |
|---------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)     | <u>06/12/22</u> | <u>13/12/22</u> | <u>20/12/22</u> | .....        |
| a. Código de la cartilla desarrollada | <u>316</u>      | <u>326</u>      | <u>336</u>      |              |
| b. Edad de la niña o niño             | <u>10</u>       | <u>10</u>       | <u>10</u>       |              |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponde de acuerdo al esquema MNSA)

|   | Si                                  | No                                  | Si                       | No                                  | Si                       | No                                  | Si                       | No                                  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿su niño/a tiene Anemia?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

|   | R                                   | I                        | T                        | R                        | I                        | T                        | X                                   | I                        | T                        | P                        | I                        | T                        |
|---|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltozado/Micronutrientes) durante la visita al hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | No Consume                          | No Consume               | No Consume               | No Consume               | No Consume               | No Consume               | No Consume                          | No Consume               | No Consume               | No Consume               | No Consume               | No Consume               |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Visita N° 01<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 02<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 03<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 04<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal |
|--|--|--|--|



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

| FORMATO  |  | Código                                      | UTAI-FR-107                    |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|--|--|---|--------------------------------|----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------|------------|------------|------------|------------|--------------------|--------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|--------------------|--------------------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|---------|---------|---------|---------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES  |  | Versión:                                    | 01                             |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | Página:                                     | 1 de 1                         |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <b>I. DATOS GENERALES</b>  |  |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 1.1. Unidad Territorial:   | LORETO   | 1.2. Mes                                    | 12                             |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | Año   | 2022                           |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 1.3. Código de la Familia  | 631849   | 1.4. Código de la niña o niño               | 6321624                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | 1.5. EDAD (Meses)                           | 09                             |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 1.6. Código Comité de Gestión:   | 1430   | 1.7. Nombre Comité de Gestión:              | NIÑO SANJUANINO                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | 1.8. Centro Poblado de Vivienda             | COP Alfonso Ugarte             |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño   | Iner Jhoviel Flores Cuzi   | 1.10. Número de DNI                         | 92842776                       |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | 1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora: | Kelly Hauwto Padilla           |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  | 1.12. Cód. Facilitador:                     | 720202                         |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <b>II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA</b>  |  |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| Complete los datos o marque con una "X" donde corresponde  |  |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 2.1. Fecha de la visita (dd/mm/aa)   | 21/12/22   | 19/12/22                                    | 21/12/22                       |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| a. Código de la cartilla desarrollada  | 39F  | 40F   | 41F                            |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| b. Edad de la niña o niño  | 9  | 9   | 9                              |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción) | <p>a. Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/></p> <p>b. Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input type="radio"/></p> <p>c. Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/></p> <p>d. Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/></p>   |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 2.3. Custando la salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MINSA)              | <p>a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?</p> <table border="1"> <tr> <td><del>Si</del>   No</td> <td>Si   <del>Si</del></td> <td>Si   <del>No</del></td> <td>Si   No</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table> <p>b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)</p> <table border="1"> <tr> <td><del>Si</del>   No</td> <td>Si   <del>No</del></td> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table> <p>c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)</p> <table border="1"> <tr> <td><del>Si</del>   No</td> <td>Si   <del>No</del></td> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table> <p>d. ¿Se le realizó a su niño/a el Donaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 6 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año)</p> <table border="1"> <tr> <td><del>Si</del>   No</td> <td>Si   <del>No</del></td> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table> <p>e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?</p> <table border="1"> <tr> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> <td>Si   No</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table> |   |                                | <del>Si</del>   No   | Si   <del>Si</del>    | Si   <del>No</del>    | Si   No   | No aplica  | No aplica  | No aplica  | No aplica  | <del>Si</del>   No | Si   <del>No</del> | Si   No   | Si   No   | No aplica | No aplica | No aplica | No aplica | <del>Si</del>   No | Si   <del>No</del> | Si   No | Si   No | No aplica | No aplica | No aplica | No aplica | <del>Si</del>   No | Si   <del>No</del> | Si   No | Si   No | No aplica | No aplica | No aplica | No aplica | Si   No | Si   No | Si   No | Si   No | No aplica | No aplica | No aplica | No aplica |
| <del>Si</del>   No   | Si   <del>Si</del>   | Si   <del>No</del>                          | Si   No                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <del>Si</del>   No   | Si   <del>No</del>   | Si   No                                     | Si   No                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <del>Si</del>   No   | Si   <del>No</del>   | Si   No                                     | Si   No                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <del>Si</del>   No   | Si   <del>No</del>   | Si   No                                     | Si   No                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| Si   No  | Si   No  | Si   No                                     | Si   No                        |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| 2.4. Consumo de hierro de la niña o niño   | <p>a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltoado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?</p> <table border="1"> <tr> <td><del>X</del>   I   T</td> <td><del>Si</del>   I   T</td> <td><del>Si</del>   I   T</td> <td>P   I   T</td> </tr> <tr> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> </tr> <tr> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table>  |   |                                | <del>X</del>   I   T | <del>Si</del>   I   T | <del>Si</del>   I   T | P   I   T | No Consume | No Consume | No Consume | No Consume | No aplica          | No aplica          | No aplica | No aplica |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| <del>X</del>   I   T   | <del>Si</del>   I   T  | <del>Si</del>   I   T                       | P   I   T                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No Consume   | No Consume   | No Consume                                  | No Consume                     |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| No aplica  | No aplica  | No aplica                                   | No aplica                      |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| Observaciones:<br>*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:                           |  |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| Visita N° 01   | Visita N° 02   | Visita N° 03                                | Visita N° 04                   |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
|  |  |   |                                |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |
| Firma del Cuidador/a principal   | Firma del Cuidador/a principal   | Firma del Cuidador/a principal              | Firma del Cuidador/a principal |                      |                       |                       |           |            |            |            |            |                    |                    |           |           |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |                    |                    |         |         |           |           |           |           |         |         |         |         |           |           |           |           |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

FORMATO  
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES

Código: UTAI-FR-107  
Versión: 01  
Página: 1 de 1

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 740101

1.4. Código de la niña o niño: 6160777

1.5. EDAD (Meses): 28

1.6. Código Comité de Gestión: 1430

1.7. Nombre Comité de Gestión: NIÑO SANJUANINO

1.8. Centro Poblado de Vivienda: CPP Alfonso Ugarte

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Johajiel Nayeli Sobino Tellez

1.10. Número de DNI: 92091377

1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora: Kelly Mauro Padilla

1.12. Cód. Facilitador: 720202

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**

Complete los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                       | Visita N° 01 | Visita N° 02 | Visita N° 03 | Visita N° 04 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)     | 07/12/22     | 14/12/22     | 21/12/22     | ...          |
| a. Código de la cartilla desarrollada | 113F         | 114F         | 115F         |              |
| b. Edad de la niña o niño             | 28           | 28           | 28           |              |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MNISA)

|   | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     |
|---|---|---|---|---|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CREO de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> No      | Si   <input checked="" type="checkbox"/> No | Si   <input checked="" type="checkbox"/> No | Si   <input checked="" type="checkbox"/> No |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | No aplica                                   | No aplica                                   | No aplica                                   | No aplica                                   |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 96 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> No      | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | Si   <input checked="" type="checkbox"/> No | Si   No                                     | Si   No                                     | Si   No                                     |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

|  | Si   T                                 | Si   T                                     | Si   T                                     | Si   T                                     |
|--|--|--|--|--|
| a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimatosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar? | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si   <input checked="" type="checkbox"/> T | Si   <input checked="" type="checkbox"/> T | Si   <input checked="" type="checkbox"/> T |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

Visita N° 01: *[Firma]*  
Visita N° 02: *[Firma]*  
Visita N° 03: *[Firma]*  
Visita N° 04: *[Firma]*



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

FORMATO  
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES

|  |          |             |
|--|----------|-------------|
|  | Código   | UTAJ-FR-107 |
|  | Versión: | 01          |
|  | Página:  | 1 de 1      |

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 1959793

1.4. Código de la niña o niño: 6152130

1.5. EDAD (Meses): 26

1.6. Código Comité de Gestión: 1430

1.7. Nombre Comité de Gestión: NIÑO SANJUANINO

1.8. Centro Poblado de Vivienda: CPR Mmo Ugarte

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Norman Spain Hidalgo Tuituy

1.10. Número de DNI: 92118398

1.11. Nombre y Apellido del/a Facilitador/a: Kelly Haudo Padilla

1.12. Cód. Facilitador: 720202

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**

Complete los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                       | Visita N° 01   | Visita N° 02    | Visita N° 03    | Visita N° 04 |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)     | <u>8/12/22</u> | <u>15/12/22</u> | <u>22/12/22</u> | <u>...</u>   |
| a. Código de la cartilla desarrollada | <u>106 F</u>   | <u>107 F</u>    | <u>108 F</u>    |              |
| b. Edad de la niña o niño             | <u>26</u>      | <u>26</u>       | <u>26</u>       |              |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MINSA)

|   | Si   No                                | Si   No                                | Si   No                     | Si   No                     |
|---|--|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CREED de acuerdo a su edad?   | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | No aplica                              | No aplica                              | No aplica                   | No aplica                   |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (3do, 4to y 12vo mes)   | <input type="checkbox"/> Si            | <input type="checkbox"/> Si            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si            | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | <input type="checkbox"/> Si            | <input checked="" type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> Si |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4to o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimatosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?

|            | R   T  | R   T  | R   T  | P   T                               |
|------------|--|--|--|-------------------------------------|
| No consume | <input checked="" type="checkbox"/> No consume | <input checked="" type="checkbox"/> No consume | <input checked="" type="checkbox"/> No consume | <input type="checkbox"/> No consume |
| No aplica  | No aplica                                      | No aplica                                      | No aplica                                      | No aplica                           |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| Visita N° 01<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 02<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 03<br><u>[Firma]</u><br>Firma del Cuidador/a principal | Visita N° 04<br><br>Firma del Cuidador/a principal |
|--|--|--|--|



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

FORMATO  
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES

Código: UTA-PR-107  
Versión: 01  
Página: 1 de 1

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 1954412

1.4. Código de la niña o niño: 6322026

1.5. EDAD (Meses): 16

1.6. Código Comité de Gestión: 1430

1.7. Nombre Comité de Gestión: NIÑO SANJUANINO

1.8. Centro Poblado de Vivienda: CPR Mfeno Uyak

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Karuzam Anely Yarasoma Inico

1.10. Número de DNI: 92559193

1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora: Kelly Kando Padilla

1.12. Cód. Facilitador: 720202

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**

Completa los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                       | Visita N° 01   | Visita N° 02    | Visita N° 03    | Visita N° 04 |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|--------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)     | <u>8/16/22</u> | <u>15/16/22</u> | <u>22/16/22</u> | <u>...</u>   |
| a. Código de la cartilla desarrollada | <u>65 F</u>    | <u>66 F</u>     | <u>67 F</u>     |              |
| b. Edad de la niña o niño             | <u>16</u>      | <u>16</u>       | <u>16</u>       |              |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MNSA)

|   | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Bifato Ferroso/Complejo Polimatosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?

|  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                                  |
|--|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            |
|  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

Visita N° 01: [Firma]  
Visita N° 02: [Firma]  
Visita N° 03: [Firma]  
Visita N° 04: [Firma]



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

FORMATO  
FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES

|  |          |             |
|--|----------|-------------|
|  | Código   | UTAI-PR-107 |
|  | Versión: | 01          |
|  | Página:  | 1 de 1      |

**I. DATOS GENERALES**

1.1. Unidad Territorial: LORETO

1.2. Mes: 12 Año: 2022

1.3. Código de la Familia: 638534

1.4. Código de la niña o niño: 657246

1.5. EDAD (Meses): 04

1.6. Código Comité de Gestión: 1430

1.7. Nombre Comité de Gestión: NIÑO SANJUANINO

1.8. Centro Poblado de Vivienda: CPPM Párvulo Uguite

1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño: Rozano Yure Puro

1.10. Número de DM: 45118298

1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora: Kely Mercedes Padilla

1.12. Cód. Facilitador: 720202

**II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA**

Complete los datos o marque con una "X" donde corresponde

|                                       | Visita N° 01   | Visita N° 02    | Visita N° 03    | Visita N° 04    |
|---------------------------------------|----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 2.1 Fecha de la visita (dd/mm/aa)     | <u>9/12/22</u> | <u>16/12/22</u> | <u>23/12/22</u> | <u>31/12/22</u> |
| a. Código de la cartilla desarrollada | <u>06</u>      | <u>76</u>       | <u>86</u>       |                 |
| b. Edad de la niña o niño             | <u>04</u>      | <u>04</u>       | <u>04</u>       |                 |

2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)

a. Papá  Papá  Papá  Papá

b. Mamá  Mamá  Mamá  Mamá

c. Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a  Abuelo/a

d. Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar  Otro familiar

2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponde de acuerdo al esquema MINSA)

|   | Si                                  | No                                  | Si                                  | No                       | Si                       | No                       | Si                       | No                       |
|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (3do y 4to mes)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (3do, 4to y 12vo mes)   | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | <input type="checkbox"/>            | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

2.4. Consumo de hierro de la niña o niño

a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?

|  | Si                                  | No                       | Si                                  | No                       | Si                                  | No                       | Si                       | No                       |
|--|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
|  | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|  | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Observaciones:  
\*En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:

| Visita N° 01                   | Visita N° 02                   | Visita N° 03                   | Visita N° 04                   |
|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| Firma del Cuidador/a principal | Firma del Cuidador/a principal | Firma del Cuidador/a principal | Firma del Cuidador/a principal |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

| FORMATO   |  | Código                                 | UTAI-FR-107                    |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
|---|--|--|--------------------------------|---|--|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|---|--|----|-----------------------------|----|-----------------------------|------------|-----------------------------|---|--|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|------------|-----------------------------|---|--|----|-----------------------------|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|--|-----------|--|-----------|-----------------------------|-----------|-----------------------------|----|-----------------------------|
| FICHA DE VISITA DOMICILIARIA A FAMILIAS CON NIÑA O NIÑO MENOR DE 36 MESES   |  | Veración:                              | 01                             |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
|   |  | Página:                                | 1 de 1                         |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| <b>I. DATOS GENERALES</b>   |  |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.1. Unidad Territorial:  | LORETO   | 1.2. Mes                               | 12                             |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
|   |  | Año                                    | 2022                           |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.3. Código de la Familia   | 1957740  | 1.4. Código de la niña o niño          | 6374710                        |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.5. Código Comité de Gestión:  | 1430   | 1.6. EDAD (Meses)                      | 05                             |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.7. Nombre Comité de Gestión:  | NIÑO SANJUANINO  | 1.8. Centro Poblado de Vivienda        | CPP Alfonso Ugarte             |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.9. Nombre y Apellido de la Niña o Niño  | POZ Abril Santalucia Mojandi   | 1.10. Número de DNI                    | 93020023                       |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 1.11. Nombre y Apellido de la Facilitadora:   | Kelly Lourdes Padilla  | 1.12. Cód. Facilitador:                | FL0202                         |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| <b>II. SOBRE LA VISITA DOMICILIARIA</b>   |  |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| Completa los datos o marque con una "X" donde corresponde   |  |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 2.1. Fecha de la visita (dd/mm/aa)  | 9/12/22  | 16/12/22                               | 23/12/22                       |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| a. Código de la cartilla desarrollada   | 24F  | 25F                                    | 26F                            |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| b. Edad de la niña o niño   | 05   | 05                                     | 05                             |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 2.2. Además del Cuidador Principal, que otra persona participó en la visita al hogar: (Puede marcar más de una opción)  | <p>a. Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/> Papá <input type="radio"/></p> <p>b. Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input checked="" type="radio"/> Mamá <input type="radio"/></p> <p>c. Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/> Abuelo/a <input type="radio"/></p> <p>d. Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/> Otro familiar <input type="radio"/></p>   |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 2.3. Cuidando la Salud de la niña o niño (marca en la visita que corresponda de acuerdo al esquema MNISA)   | <table border="1"> <tr> <td>a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año)</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> <tr> <td>e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?</td> <td>Si</td> <td><input checked="" type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> <td>Si</td> <td><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> |  |                                | a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si                          | <input type="checkbox"/> No | Si                          | <input type="checkbox"/> No | Si         | <input type="checkbox"/> No | b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes) | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si | <input type="checkbox"/> No | Si | <input type="checkbox"/> No | Si         | <input type="checkbox"/> No | c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes) | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si         | <input type="checkbox"/> No | Si         | <input type="checkbox"/> No | Si         | <input type="checkbox"/> No | d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año) | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si | <input type="checkbox"/> No | Si        | <input type="checkbox"/> No | Si        | <input type="checkbox"/> No | e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia? | Si        | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si        | <input type="checkbox"/> No | Si        | <input type="checkbox"/> No | Si | <input type="checkbox"/> No |
| a. ¿Llevo a su niño/a a su último Control CRED de acuerdo a su edad?  | <input checked="" type="checkbox"/> No   | Si                                     | <input type="checkbox"/> No    | Si  | <input type="checkbox"/> No            | Si                          | <input type="checkbox"/> No |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| b. ¿Recibió su niño/a la vacuna de rotavirus? (2do y 4to mes)   | <input checked="" type="checkbox"/> No   | Si                                     | <input type="checkbox"/> No    | Si  | <input type="checkbox"/> No            | Si                          | <input type="checkbox"/> No |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| c. ¿Recibió su niño/a la vacuna de neumococo? (2do, 4to y 12vo mes)   | <input checked="" type="checkbox"/> No   | Si                                     | <input type="checkbox"/> No    | Si  | <input type="checkbox"/> No            | Si                          | <input type="checkbox"/> No |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| d. ¿Se le realizó a su niño/a el Dosaje de hemoglobina (tamizaje de anemia)? (cada 06 meses hasta los 24 meses y en adelante una vez por año)   | <input checked="" type="checkbox"/> No   | Si                                     | <input type="checkbox"/> No    | Si  | <input type="checkbox"/> No            | Si                          | <input type="checkbox"/> No |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| e. Si la respuesta fue sí, Responde ¿Su niño/a tiene Anemia?  | Si   | <input checked="" type="checkbox"/> No | Si                             | <input type="checkbox"/> No   | Si                                     | <input type="checkbox"/> No | Si                          | <input type="checkbox"/> No |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| 2.4. Consumo de hierro de la niña o niño  | <table border="1"> <tr> <td>a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar?</td> <td>R</td> <td>I</td> <td>T</td> <td>R</td> <td>I</td> <td>T</td> <td>R</td> <td>I</td> <td>T</td> <td>P</td> <td>I</td> <td>T</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> <td>No Consume</td> </tr> <tr> <td></td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> <td>No aplica</td> </tr> </table>  |  |                                | a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar? | R                                      | I                           | T                           | R                           | I                           | T          | R                           | I   | T                                      | P  | I                           | T  |                             | No Consume | No Consume                  | No Consume  | No Consume                             | No Consume | No Consume                  | No Consume | No Consume                  | No Consume | No Consume                  | No Consume  | No Consume                             |    | No aplica                   | No aplica | No aplica                   | No aplica | No aplica                   | No aplica  | No aplica | No aplica                              | No aplica | No aplica                   | No aplica | No aplica                   |    |                             |
| a. ¿La niña o niño consumió hierro (Preventivo "P", desde 4m o por Tratamiento "T" según prescripción médica) en cualquiera de sus tipos de suplementación (Sulfato Ferroso/Complejo Polimaltosado/Micronutrientes) durante la visita al hogar? | R  | I                                      | T                              | R   | I                                      | T                           | R                           | I                           | T                           | P          | I                           | T   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
|   | No Consume   | No Consume                             | No Consume                     | No Consume  | No Consume                             | No Consume                  | No Consume                  | No Consume                  | No Consume                  | No Consume | No Consume                  | No Consume  |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
|   | No aplica  | No aplica                              | No aplica                      | No aplica   | No aplica                              | No aplica                   | No aplica                   | No aplica                   | No aplica                   | No aplica  | No aplica                   | No aplica   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| Observaciones:  |  |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| *En caso de reprogramación, indique la fecha cuando se programó la visita:  |  |  |                                |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| Visita N° 01  | Visita N° 02   | Visita N° 03                           | Visita N° 04                   |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |
| Firma del Cuidador/a principal  | Firma del Cuidador/a principal   | Firma del Cuidador/a principal         | Firma del Cuidador/a principal |   |  |                             |                             |                             |                             |            |                             |   |  |    |                             |    |                             |            |                             |   |  |            |                             |            |                             |            |                             |   |  |    |                             |           |                             |           |                             |  |           |  |           |                             |           |                             |    |                             |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

### ANEXO N° 04: CALENDARIZACIÓN DEL MES DE DICIEMBRE 2022 (SERVICIO DE ACOMPAÑAMIENTO DE FAMILIAS)



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional CUNA MÁS



Firmado digitalmente por CIBREGON HUAMAN Julio Luis YAU CACACOCITTA con Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 03/06/2022 18:06:40 -02:00

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional

San Isidro, 03 de Junio del 2022

#### INFORME N° 000015-2022-MIDIS/PNCM-UTAI-CSER-JOH

- A :** MARIA DEL CARMEN MARTINEZ BERTRAMINI  
JEFE(A) DE LA UNIDAD TÉCNICA DE ATENCION INTEGRAL  
UNIDAD TÉCNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL
- ASUNTO :** Medidas en relación a la Prestación de Servicios – calendarización referencial para la organización de las actividades.
- REFERENCIA :** a) INFORME N° 000001-2022-MIDIS/PNCM-UTAI (06ENE2022)  
b) MEMORANDO MULTIPLE-000005-2022-UTAI  
c) RDE N°344 -2022-MIDIS/PNCM  
d) RDE N°056 -2022-MIDIS/PNCM  
e) RDE N°026 -2022-MIDIS/PNCM  
f) RDE N°766 -2021-MIDIS/PNCM  
g) RDE N°1053-2017-MIDIS/PNCM



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

#### Anexo N°1: Calendarización referencial julio – diciembre 2022

##### LEYENDA

1ERA SEMANA



4TA SEMANA



2DA SEMANA



DIAS DESCANSO AC



3RA SEMANA



FERIADO



#### Diciembre 2022

| domingo | lunes | martes | miércoles | jueves | viernes | sábado |
|---------|-------|--------|-----------|--------|---------|--------|
| 27      | 28    | 29     | 30        | 1      | 2       | 3      |
| 4       | 5     | 6      | 7         | 8      | 9       | 10     |
| 11      | 12    | 13     | 14        | 15     | 16      | 17     |
| 18      | 19    | 20     | 21        | 22     | 23      | 24     |
| 25      | 26    | 27     | 28        | 29     | 30      | 31     |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

**ANEXO N° 05. EVIDENCIA DEL REGISTRO EN EL SISTEMA INTEGRADO — FACILITADORA KELLY MACEDO**

SISTEMA INTEGRADO

**RONY GOMEZ RIMACHI**  
ACOMPANANTE TECNICO



MÓDULOS

- Atención Integral
- Fortalecimiento De Practicas
- Visita Domiciliaria**
- Sesiones De Socialización
- Sesiones Familia Ciai
- Gestión Territorial
- Formación De Capacidades

Comité de Gestión: 1430 - NINO SANJUANINO | Facilitador(a): MACEDO PADILLA KELLY | Año: 2022 | Mes: DICIEMBRE | Tipo Beneficiario: TODOS | Estado: TODOS

Periodo 12 - 2022 Cerrado

| Nro | Código de Familia | Tipo de Beneficiario(a) | Código de Beneficiario(a) | Mes (edad o gestación) | Número de documento | Nombres y Apellidos de Niña/o o Gestante | Código de cartilla | Fecha de Visita           | Estado     | Acciones |
|-----|-------------------|-------------------------|---------------------------|------------------------|---------------------|--|--------------------|---------------------------|------------|----------|
| 1   | 706270            | NIÑA(O)                 | 8322035                   | 13                     | 92706825            | AYSEL JHANIRA MANCHINA...                | 53F                | 19/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 2   | 1893146           | NIÑA(O)                 | 8387868                   | 5                      | 00000000            | CELINA PEREZ TUITUY                      | 21F                | 19/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 3   | 1893144           | NIÑA(O)                 | 8322023                   | 17                     | 92508688            | ESTRELLA MAYTE CASTRO ...                | 88F                | 20/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 4   | 683315            | GESTANTE                | 738665                    | 10                     | 46293290            | GEYDI LLANINA RODRIGUE...                | 31G                | 20/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 5   | 681849            | NIÑA(O)                 | 8321824                   | 9                      | 92842776            | IMER JHONELL TORRES CUJE                 | 39F                | 21/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 6   | 740101            | NIÑA(O)                 | 8180777                   | 28                     | 92091377            | JHAZIEL NAVELY SOBERO ...                | 113F               | 21/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 7   | 1969773           | NIÑA(O)                 | 8152130                   | 26                     | 92118398            | JHORMAN EFRAIN HIDALG...                 | 106F               | 22/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 8   | 1954412           | NIÑA(O)                 | 8322028                   | 16                     | 92559193            | MARYANN ANALY YASACAM...                 | 85F                | 22/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 9   | 638534            | GESTANTE                | 657296                    | 4                      | 45118898            | ROSANA YUPE PUA                          | 6G                 | 23/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |
| 10  | 1967740           | NIÑA(O)                 | 8374710                   | 5                      | 93020023            | ROSE ABRIL SANTAMARIA ...                | 24F                | 23/12/2022<br>Visita Trec | Registrado |          |

© 2024. Todos los derechos reservados. Sistema Integrado del INACM. Versión 1.0



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

ANEXO N° 06:

**CAPTURA DE PANTALLA DEL MEMORANDO MÚLTIPLE 015-2023-MIDIS/PNCM-UTLRT**



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional CUNA MAS



Firmado digitalmente por MARTINEZ TARARUCHA, Clemen Rosa F AU 20048537782.pdf; Cargo: Coordinador(A) De Unidad Territorial(E) Motivo: Soy el autor del documento Fecha: 31.01.2023 16:29:28 -05:00

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”  
“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Iquitos, 31 de Enero del 2023

**MEMORANDO N° 000015-2023-MIDIS/PNCM-UTLRT**

- A :** **PERCY ARMANDO PANDURO CORAL**  
ESPECIALISTA EN ATENCIÓN INTEGRAL  
COORDINADOR SAF (E)  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO
- LUCIA MENDOZA TORREJÓN**  
COORDINADORA DEL SERVICIO DE CUIDADO DIURNO  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO
- JUDITH ROSSANA RUIZ RIOS**  
ESPECIALISTA SERVICIO ALIMENTARIO  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO
- LIMBER RODRIGUEZ FLORES**  
ADMINISTRADOR UT-LORETO  
UNIDAD TERRITORIAL LORETO
- Asunto :** **ACOMPAÑANTES TECNICOS DEBEN PROMOVER EN LOS ACTORES COMUNALES EL CONOCIMIENTO Y USO DE LA PLATAFORMA CUNAMAS DIGITAL, PARA QUE ESTOS PROMUEVAN EN LOS USUARIOS DEL PNCM LOS CONOCIMIENTOS Y PRÁCTICAS DE CUIDADO, NUTRICION, BIENESTAR EMOCIONAL, FÍSICO Y EL APRENDIZAJE DE NIÑAS Y NIÑOS MENORES DE 36 MESES DE EDAD A TRAVES DE LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL"**
- Referencia :** **RDE N° 334-2022-MIDIS/PNCM-DE "PLAN DE COMUNICACIONES 2022" DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS**
- Fecha elaboración :** Iquitos, 31 de enero de 2023

Me es muy gratificante saludarles cordialmente; mediante el presente documento manifestarle lo siguiente:

En el marco de la RDE N°334-2022-MIDIS/PNCM-DE "PLAN DE COMUNICACIONES 2022" DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS, cuyo objetivo general es ***"Fortalecer la imagen y posicionamiento del Programa Nacional Cuna Mas y de las prácticas de cuidado infantil, para contribuir al logro de los objetivos institucionales en el marco del Desarrollo Infantil Temprano (DIT) en cuidadores principales de niñas y niños menores de 36 meses de edad"***

Asimismo, Cuna Mas Digital es una multiplataforma que cuenta con contenidos audiovisuales gratuitos especializados compartidos a través de las redes sociales y WhatsApp que busca impulsar el Desarrollo Infantil Temprano en el marco de la estrategia Primero la Infancia.

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: SSDMUSP





PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”



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 de la unidad, la paz y el desarrollo”

En ese sentido, en el marco al cumplimiento del “PLAN DE COMUNICACIONES 2022” DEL PROGRAMA NACIONAL CUNA MAS, se les exhorta a socializar los contenidos a través de los siguientes enlaces oficiales (Anexo N°01), de la plataforma “Cuna Mas Digital”, a los actores comunales y familias usuarias de los CG del SAF y SCD. Esta comunicación podrá ser a través de mensajes de textos o vía WhatsApp. En caso no contar con las condiciones de acceso a internet o recurso telefónico (equipo móvil) deberá suscribir un acta de reunión detallando de manera específica los temas o contenidos brindados al público objetivo.

Finalmente, una vez realizada la actividad, deberá emitir un informe técnico a la coordinación de la UT con copia a la coordinación según servicio, con las evidencias antes mencionadas (mensajes de textos, WhatsApp, acta de reunión y registro fotográfico), siendo la fecha límite para la presentación de dicha información será hasta el día 28 de febrero 2023.

**Anexo N°01**

Contenido de la Multiplataforma “Cuna Mas Digital”

|                        |   |
|------------------------|---|
| Cuentos de Cuna        | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFayM-FmNbgIwnMackXExcer">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFayM-FmNbgIwnMackXExcer</a>   |
| Consejos de Cuna       | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFaaab-hcxoxcFhwox8xP_5XH">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFaaab-hcxoxcFhwox8xP_5XH</a> |
| Cocinando con Cuna Más | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFYF-XLrKWYcP0IK_d2E4yzI">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFYF-XLrKWYcP0IK_d2E4yzI</a>   |
| 1,2,3 Juguete          | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFY0G-HekoBj4CTCM-Y-xBx8U">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFY0G-HekoBj4CTCM-Y-xBx8U</a> |
| Arte en el Plato       | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFY1ff-uExbHEyKOKIH8DqVa">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFY1ff-uExbHEyKOKIH8DqVa</a>   |
| Elmo, Sesame Street    | <a href="https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFa5H8-g8QSKaiZyWYxIxbKq">https://www.youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFa5H8-g8QSKaiZyWYxIxbKq</a>   |
| Más Expertos           | <a href="https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFZGXl3Rf0-R1B9dX5enSGZN">https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFZGXl3Rf0-R1B9dX5enSGZN</a>           |
| Dr. y Dra. Cuna        | <a href="https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFak-gnPuyvRQBSEOn-ZL1ZT">https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFak-gnPuyvRQBSEOn-ZL1ZT</a>           |
| Diálogos               | <a href="https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFZO4M-gGTnraP1P2_R5dIKG">https://youtube.com/playlist?list=PLAFj4LzocuFZO4M-gGTnraP1P2_R5dIKG</a>           |

Por lo expuesto, pido a Usted, dar cumplimiento a la misma, bajo responsabilidad.

Atentamente:

**DOCUMENTO FIRMADO DIGITALMENTE**  
**CARMEN ROSA MARTINEZ TARARROCHA**  
**COORDINADOR(A) DE UNIDAD TERRITORIAL(e)**  
**Programa Nacional Cuna Más**

CRMT/fo

Este es una copia autenticada impresa de un documento electrónico archivado en el Programa Nacional Cuna Más, aplicando lo dispuesto por el Art. 26 de D.L. 070-2012-PCN y la Tercera Disposición Complementaria Final del D.L. 026-2011-PCM. La autenticidad e integridad pueden ser comprobadas a través de la siguiente dirección web: <https://gubusammas.gob.pe/0181/ver/infobaseautenticada> e ingresando la siguiente clave: 88888888





PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

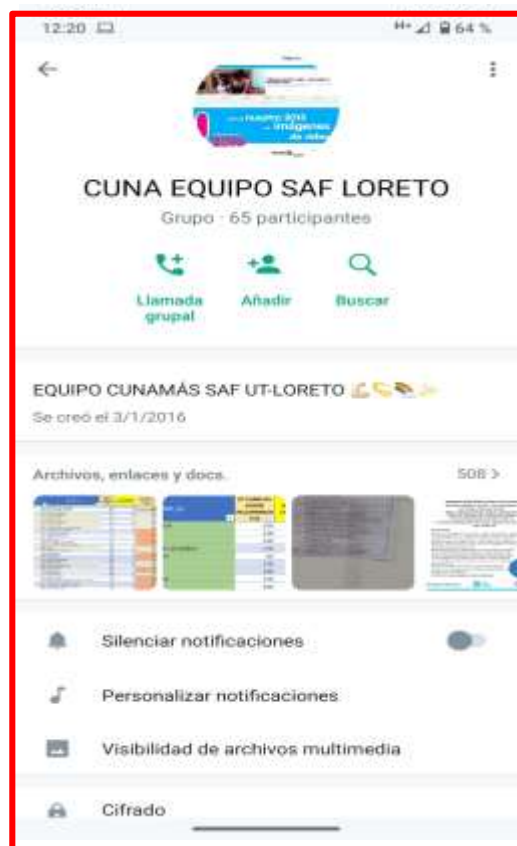
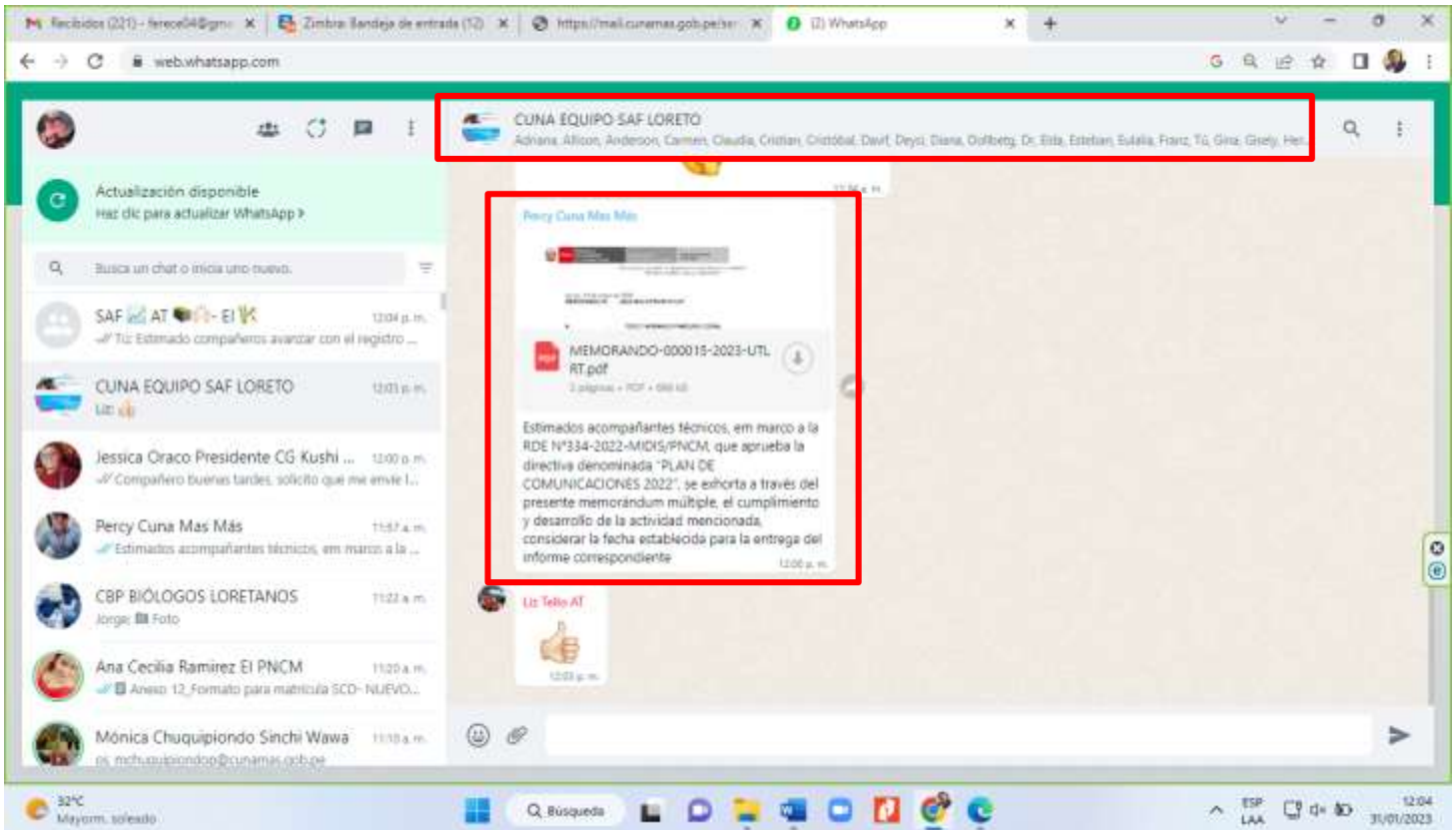
Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

**CAPTURA DE PANTALLA DE LA RED DE COMUNICACIÓN OFICIAL WHATSAPP DEL SAF UT**

**LORETO, REMITIENDO EL MEMORANDO MÚLTIPLE 015-2023-MIDIS/PNCM-UTLRT**





PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

ANEXO N° 07: EL EQUIPO TÉCNICO DE ESPECIALISTAS INTEGRALES, FORTALECIÓ EL USO Y MANEJO DE LA PLATAFORMA “CUNA MAS DIGITAL” A LOS ACOMPAÑANTES TÉCNICOS DEL SAF

|  |  |         |             |
|--|--|---------|-------------|
|  PERÚ Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social | <b>FORMATO</b><br><b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Código  | UPPM.FR.001 |
|  |  | Versión | 00          |
|  |  | Página  | 1 de 6      |

TEMA : REUNION DE PLANIFICACION CON ACOMPAÑANTES TECNICOS EN EL MARCO DE LA RDE N° 026- 2022- MIDIS/PNCM

FECHA : 12 /01 /2023 - 8 :30 a.m

LUGAR : AUDITORIO SEL MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES- CALLE NAPO N°445-IQUITOS

PRESIDE : ESPECIALISTAS INTEGRALES – CUT DE LA UT-LORETO

Participantes:

| N° | NOMBRES Y APELLIDOS                 | CARGO / UNIDAD | FIRMA |
|----|-------------------------------------|----------------|-------|
| 01 | Monica Karine Chuquiariando Tanduro | AT / SAF       |       |
| 02 | Manoel Rodolfo Orce                 | AT / SAF       |       |
| 03 | Anderson schult (shindhu)           | AT / SAF       |       |
| 04 | JUAN VASQUEZ GRANDEZ                | A.T. SAF       |       |
| 05 | Nilton A. Macedo Cordaza            | AT. SAF        |       |
| 06 | Enba Alhato Tugo Santilka           | AT - SAF       |       |
| 07 | CLAUDIA DAILY PASTEGUI AMELLO       | AT - SAF       |       |
| 08 | Claudia Jisset Cordura Piro         | AT - SAF       |       |
| 09 | Marilyn Amador Aguilu               | AT - SAF       |       |
| 10 | Margelito Lopez Mendoza             | AT - SAF       |       |
| 11 | Manoel Flores Arellano              | AT - SAF       |       |
| 12 | Isio Huanoquiri Alvez               | AT - SAF       |       |
| 13 | Piero Huaman Hidalgo                | AT - SAF       |       |
| 14 | David E. Rosas Paima                | AT - SAF       |       |
| 15 | Pavel Aguirre Aisompa               | AT - SAF       |       |
| 16 | Milagros K. Puy Solorud             | AT - SAF       |       |
| 17 | Monica Rocio Riera Pina             | AT - SAF       |       |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

|  |  |         |             |
|--|--|---------|-------------|
|  | <b>FORMATO</b><br><b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Código  | UPPM.FR.001 |
|  |  | Versión | 00          |
|  |  | Página  | 2 de 6      |

|    |                                  |         |  |
|----|----------------------------------|---------|--|
| 18 | Allison Lecett Noriáez Levy      | AT-SAF  |  |
| 19 | Dolibeth Ayala Chota.            | AT-SAF  |  |
| 20 | Dersi Gomez Rodriguez            | AT-SAF  |  |
| 21 | Zaira D Arévalo Vacalla          | AT-SAF  |  |
| 22 | Luzma Perque Hony                | AT-SAF  |  |
| 23 | Roxy Gomez Kimochi               | AT-SAF  |  |
| 24 | Melissa Vargas Perea             | AT-SAF  |  |
| 25 | Jorge Enrique Tinogua Suro       | AT-SAF  |  |
| 26 | Silvia Mantoya Lopez             | AT-SAF  |  |
| 27 | Elda Cornelia Ruiz Rengifo       | AT-SAF  |  |
| 28 | Christian A. Pinto Diaz          | AT-SAF  |  |
| 29 | Carolina E Jimenez Lopez         | AT-SAF  |  |
| 30 | Herber Puga Castro               | AT-SAF  |  |
| 31 | Catalina Trujillo Ferrera        | AT-SAF  |  |
| 32 | Giselly Elinor Silvano Huayabari | AT-SAF  |  |
| 33 | Diana Guerra Ruiz                | AT-SAF  |  |
| 34 | Lita Lizbeth Ramirez Ancón       | AT-SAF  |  |
| 35 | Monica Maylis Rengifo Aranda     | AT-SAF  |  |
| 36 | Martin Gutierrez Arévalo         | AT-SAF  |  |
| 37 | Magdalena Urro Rodriguez         | AT-SAF  |  |
| 38 | Josmanuel Jesus Ruiz Mendez      | AT-SAF  |  |
| 39 | Hanetra Hidalgo M.               | E.I-SAF |  |
| 40 | PERCY PAVARDO CORAL              | E.I-SAF |  |
| 41 | Jexidy Rengifo Curo              | E.I-SAF |  |
| 42 |                                  |         |  |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

|  |  |         |                  |
|--|--|---------|------------------|
|  | <b>FORMATO</b><br><b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Código  | E02. UIGC.FR.001 |
|  |  | Versión | 01               |
|  |  | Página  | 2 de 3           |

|    |                             |          |  |
|----|-----------------------------|----------|--|
| 43 | Lisseth Magaly Tello Rivera | EI - SAF |  |
| 44 | Maglye Bengoza Piro         | EI - SAF |  |
| 45 |                             |          |  |
| 46 |                             |          |  |
| 47 |                             |          |  |
| 48 |                             |          |  |
| 49 |                             |          |  |
| 50 |                             |          |  |
| 51 |                             |          |  |

Agenda:

- Socialización del aplicativo Cuna Mas digital
- Socialización de la RDE N° 1039 Modelo de cogestión comunal, para implementación y funcionamiento de los servicios
- Evaluación de Indicadores año 2022 CG Kushi wawa
- Evaluación de indicadores año 2022 CG Niño San Juanino
- Ficha de visita domiciliaria a las familias y gestantes
- Plan Anual del Comité de Gestión
- Fortalecimiento en la Directiva y seguimiento, acompañamiento para la atención de los casos alertados del CTVC
- Alimentación saludable en niños menores de 36 meses
- Socialización del Modelo de expediente de justificación de gastos.
- Socialización del modelo del expediente de justificación de gastos.



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

|  |  |         |                  |
|--|--|---------|------------------|
|  | <b>FORMATO</b><br><b>ACTA DE REUNIÓN</b> | Código  | E02. UIGC.FR.001 |
|  |  | Versión | 01               |
|  |  | Página  | 3 de 3           |

Acuerdos:

| ACCIONES   | RESPONSABLE         | FECHA PROPUESTA    |
|--|---------------------|--------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los Acompañantes Técnicos deben presentar informe de socialización sobre el uso de la Plataforma Cuna Mas Digital, a los AC, JD, CV para que ellos a su vez compartan con los usuarios, padres y cuidadores/as principales, presentar acta de reunión y fotos a los E.I, ya que esta plataforma busca impulsar el Desarrollo Infantil Temprano en el marco de la estrategia Primero la Infancia.</li> </ul> <p><a href="https://www.gob.pe/institucion/cunamas/campa%C3%B1as/2783-cuna-mas-digital">https://www.gob.pe/institucion/cunamas/campa%C3%B1as/2783-cuna-mas-digital</a></p>  | ACOMPANANTE TECNICO | 28/02/2023         |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>Los Acompañantes Técnicos deben presentar los expedientes de cambio de integrantes de Junta Directiva 60 días antes de vencer la RDE</li> <li>Los ATS presentarán evidencias de la difusión de la convocatoria para cambio de JD y CV presentar a los E.I</li> <li>Cumplir con la entrega del Plan de Trabajo de los Comités de Gestión a su cargo, presentaran hasta el mes de febrero</li> <li>Los ATS deben presentar expediente de cambio de Actores Comunales con los anexos socializados</li> <li>Los ATS presentaran las Fichas de Visita sin enmendaduras ni borrones, con los datos completos en los informes de ejecución</li> <li>Los Acompañantes Técnicos deben coordinar con los responsables de Administración previo a la llegada de los miembros de la JD para evitar inconvenientes</li> <li>Entrega oportuna de justificaciones</li> </ul> | ATS                 | CUANDO CORRESPONDE |



PERÚ

Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional Cuna Más

**“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”**  
**FOTOS DE LA SOCIALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA “CUNA MÁS DIGITAL”**





PERÚ

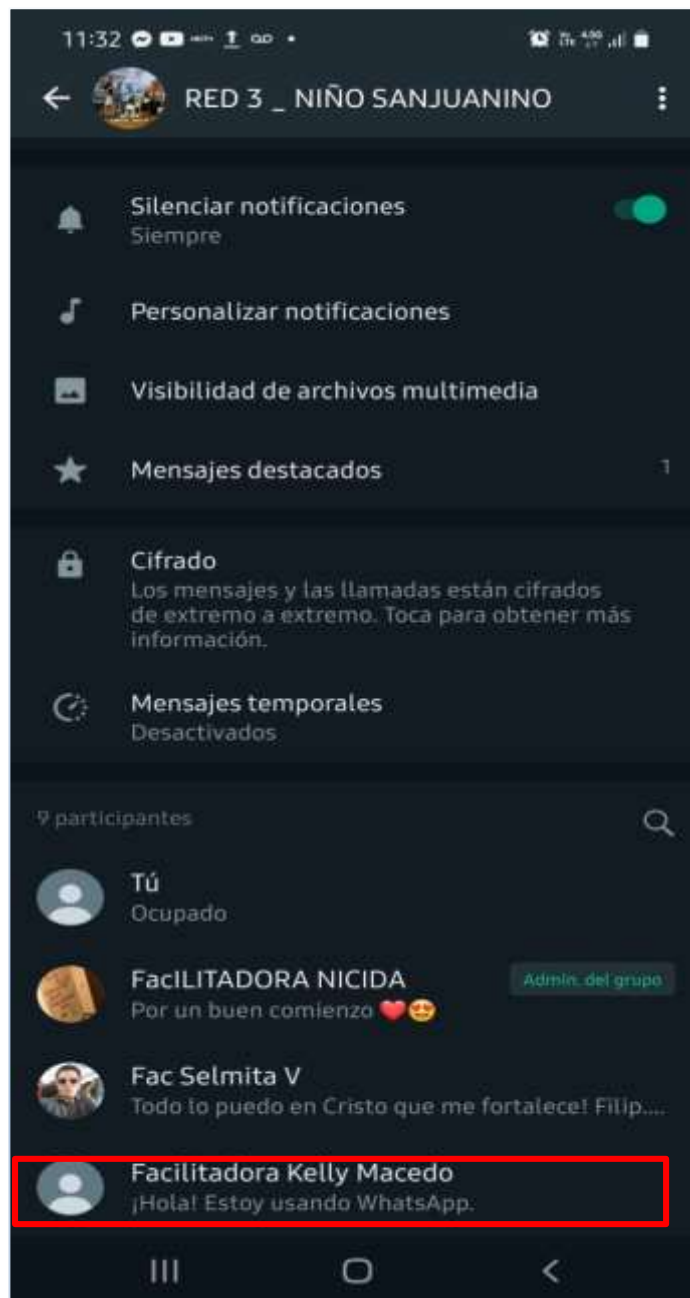
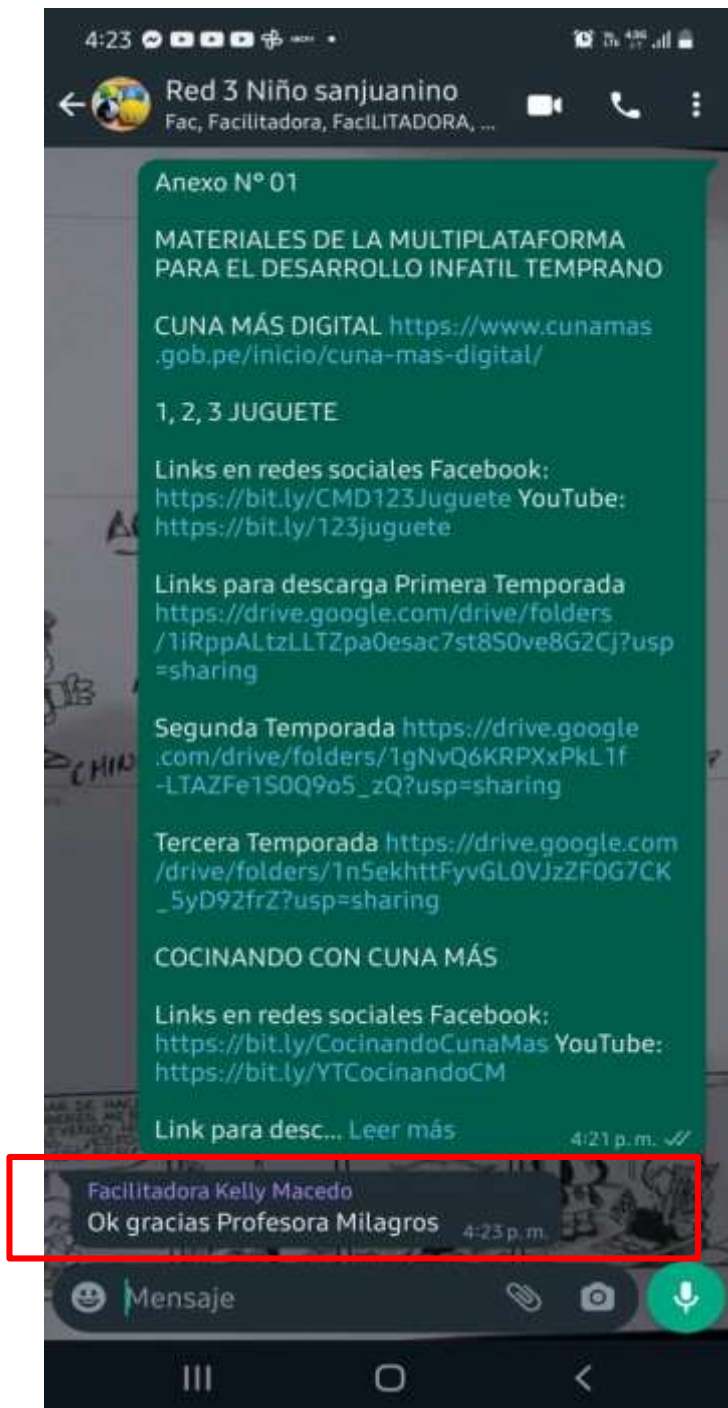
Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social

Viceministerio de Prestaciones Sociales

Programa Nacional CUNA MÁS

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"  
"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

**ANEXO 08. CAPTURA DE PANTALLA DE LA RED OFICIAL WHATSAPP DEL CG SAF NIÑOS PARA EL PROGRESO DONDE SE REMITE LOS ENLACES OFICIALES DE LA PLATAFORMA "CUNA MAS DIGITAL"**



Av. Arequipa 2637. San Isidro, Lima - Perú  
Central telefónica: (51-1) 748-2000  
[www.cunamas.gob.pe](http://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: 5HZIB7X



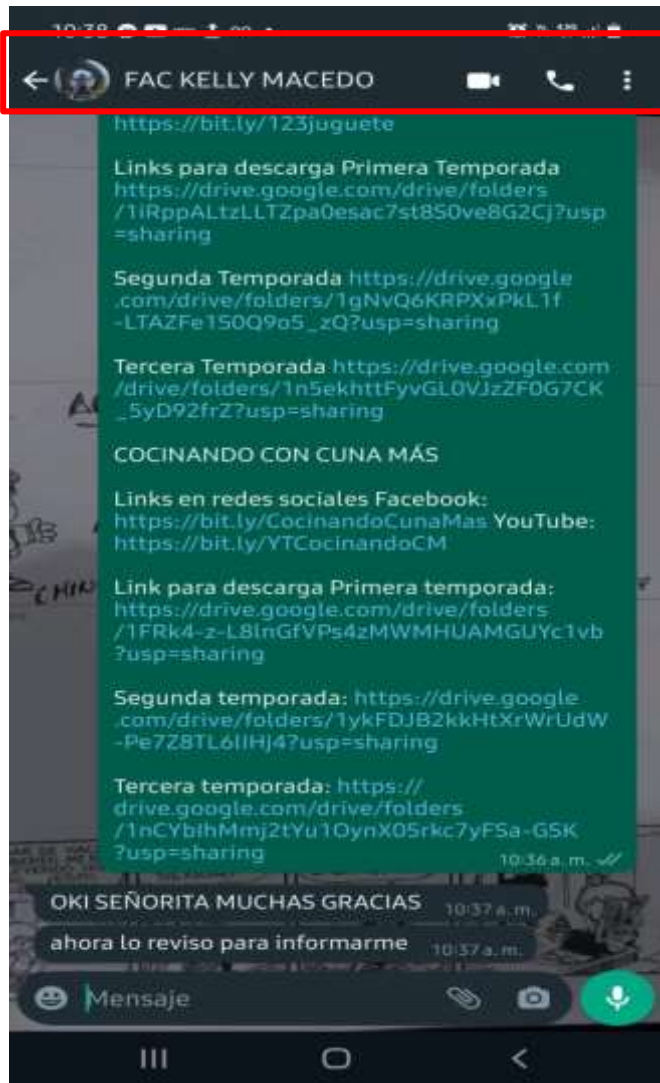
PERÚ

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 de la unidad, la paz y el desarrollo"



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: 5HZIB7X