



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

INFORME N° 58 -2025-GRCUSCO/GRSC/U.E. 401/SCCE/OGSC/DAIS

A : M.C. ELBIA LISBETH YEPEZ CHACON
Gerente Regional de Salud Cusco

ASUNTO : Remito Informe de Fichas de 2do Monitoreo en Lactancia Materna

REFERENCIA : **INFORME N° 1036 - 2025. G.R. CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/DAIS.**

ATENCION : Gerencia Regional de Salud Cusco – Comité Institucional de Promoción y Protección de Lactancia Materna (Certificación de EE.SS. Amigos de la Madre la Niña y el Niño).

FECHA : Sicuani, 03 de junio del 2025

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y a su vez poner en su conocimiento que con finalidad de dar cumplimiento a la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-VO. 1- Directiva para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre la Niña y el Niño, y en cumplimiento al compromiso de Gestión que contempla el desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, de acuerdo al anexo 4: Ficha de Monitoreo en Lactancia Materna, a ser aplicada cuatro veces a año con intervalo no menor a 3 meses en el 100% de IPRESS certificadas ; por tal motivo, se remite las fichas de 2do monitoreo en lactancia materna de las IPRESS que fueron certificadas en el año 2022, 2023 Y 2024:

- Yanaoca	C.S. Yanaoca	12/05/2025
- Techo obrero	C.S. Techo Obrero	05/05/2025
	C.S. Marangani	05/05/2025
- Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	04/05/2025
	P.S. La Florida	15/05/2025
- Combapata	C.S. Combapata	13/05/2025
	C.S. Pitumarca	13/05/2025
	C.S. Tinta	13/05/2025
	C.S. Checacupe	12/05/2025
- Descanso	C.S. El Descanso	15/05/2025

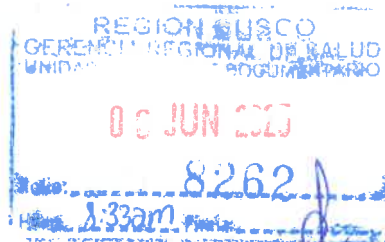
Sin otro particular, aprovecho la oportunidad para reiterar las consideraciones de estima personal.

Adjunto: Fichas de monitoreo de lactancia materna. Folios (27)

Atentamente.

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD - CUSCO
U.E. 401 RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

M.C. Henry Huaman Huillca
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 070072





Gerencia Regional de Salud Cusco

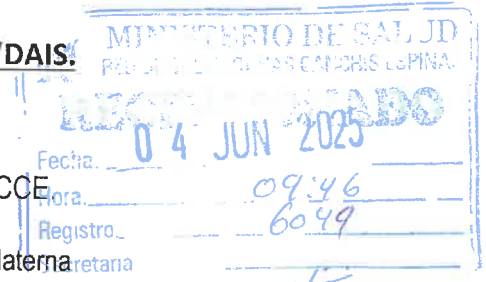
U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

INFORME N° 1036 - 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS.



A : M.C. Henry Huamán Huillca
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E. 401 SCCE

ASUNTO : Remito Fichas de 2do Monitoreo en Lactancia Materna

ATENCION : Gerencia Regional de Salud Cusco – Comité Institucional de Promoción y Protección de Lactancia Materna (Certificación de EE.SS. Amigos de la Madre la Niña y el Niño).

REFERENCIA : INFORME N° 190- 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS/OGCS.

FECHA : Sicuani, 03 de junio del 2025

Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y remitir el informe N° 190 - 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS/OGCS de fichas de monitoreo en lactancia materna de los establecimientos de salud certificados como amigos de la madre, la niña y el niño, realizados en cumplimiento a la normativa vigente en las IPRESS certificadas en el año 2022, 2023 y 2024 según detalle adjunto:

- Yanaoca	C.S. Yanaoca	12/05/2025
- Techo obrero	C.S. Techo Obrero	05/05/2025
	C.S. Marangani	05/05/2025
- Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	04/05/2025
	P.S. La Florida	15/05/2025
- Combapata	C.S. Combapata	13/05/2025
	C.S. Pitumarca	13/05/2025
	C.S. Tinta	13/05/2025
	C.S. Checacupe	12/05/2025
- Descanso	C.S. El Descanso	15/05/2025

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal.

Adjunto: Documento de referencia.

Atentamente



Gobierno Regional Cusco
Dirección Regional de Salud Cusco
U.E. 401 Salud C.C.E.

Lic. *[Signature]*
C.I. 75737



Gerencia Regional de Salud Cusco

U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar

Dirección Atención Integral de Salud



"Año de la Recuperación y Consolidación de la Economía Peruana"

INFORME N° 190- 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS/PPMN

A Lic. Raúl Achahui Ventura
DIRECTOR DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD.

ASUNTO : Remito Fichas de 2do Monitoreo en Lactancia Materna

ATENCION : Gerencia Regional de Salud Cusco – Comité Institucional de Promoción y Protección de Lactancia Materna (Certificación de EE.SS. Amigos de la Madre la Niña y el Niño).

FECHA : Sicuani, 03 de junio del 2025

Tengo a bien dirigirme a Ud. Para manifestarle que de acuerdo a la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-VO1., y en cumplimiento al compromiso de Gestión que contempla el desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, de acuerdo al anexo 4: Ficha de Monitoreo en Lactancia Materna, aplicada cuatro veces a año con intervalo no menor a 3 meses en el 100% de IPRESS certificadas; por tal motivo, se remite las fichas de monitoreo en lactancia materna de las IPRESS que fueron certificadas en el año 2022, 2023 y 2024 según detalle adjunto:

Nro	MICRORED	IPRESS	FECHA
01	Yanaoca	C.S. Yanaoca	12/05/2025
02	Techo Obrero	C.S. Techo Obrero	05/05/2025
03	Techo Obrero	C.S. Marangani	05/05/2025
04	Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	04/05/2025
05	Pampaphalla	P.S. La Florida	15/05/2025
06	Combapata	C.S. Combapata	13/05/2025
07	Combapata	C.S. Pitumarca	13/05/2025
08	Combapata	C.S. Tinta	13/05/2025
09	Combapata	C.S. Checacupe	12/05/2025
10	El Descanso	C.S. El Descanso	15/05/2025

Sin otro particular hago propicia la oportunidad para reiterarle las consideraciones de mi estima personal.

Adjunto: Fichas de Monitoreo de Lactancia Materna.

Atentamente



Irma Zela Choque
OBSTETRA
COP. 0564



MINISTERIO DE SALUD

GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
U.E. 401 RED SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
MICRORED – YANAOCA



“AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA”

INFORME N°00/143/GR-CUSCO/UE401RSCCE/MRY.2025

A : Director Ejecutiva de la Dirección Ejecutiva de la U. E.401
MC. **HENRY HUAMAN HUILLCA**

DE : JEFE DE MICRORED YANAOCA
Obst. Isabel Soledad Apaza Alata

ASUNTO : MONITORIO IPRESS CERTIFICADO COMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD
AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO QUE PROMUEVEN LA LACTANCIA
MATERNA

ATENCION : COORDINADORA DE CALIDAD DE LA RED CANAS CANCHIS ESPINAR

FECHA : 14 de mayo de 2025

Mediante el presente me dirijo a Ud. Para saludarlo cordialmente y a la vez remitir, el informe de monitoreo que realizado por la jefa del centro de salud Yanaoca informa el monitoreo realizado a la IPRESS Yanaoca aplicando la ficha de Lactancia Materna. Se adjunta el Formato de Monitoreo aplicado en el mes de Mayo del 2025.

Sin otro particular hago propicia la ocasión para reiterarle mis consideraciones de estima personal.

ATENTAMENTE

GOBIERNO REGIONAL DE SALUD CUSCO
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
MICRORED YANAOCA
JEFE DE MICRORED YANAOCA
Obst. Isabel Soledad Apaza Alata
C. O. N. 28703

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	12/05/2025	HORA:	11.00
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. YANAOCA		INFORME N°	02

INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)

N° de Nacimientos en el establecimiento (incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	97	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año (N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año	-
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	90 92.8%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año	90 92.8%

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS) BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutrición			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacén			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutrición Estime la cantidad de fórmula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las Fórmulas).
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae fórmulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/JGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE)
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		
Cuenta con material de capacitación.	SI		
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor Recomendaciones

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.

Yeny Penafra Saji
DNI. 25002163
C.O.F.P. 08828

Ps. Patricia Coronel Florez
C.Ps.P. 15436

Maria N. Galarza Medina
OBSTETRA
COP: 34964

Lic. Ruben Cahui Suaña
NUTRICIONISTA
CNP N° 4626



"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Sicuani, 8 de Mayo del 2025

INFORME N° 181 – 2025–G.R.CUSCO/GRSC–U.E.401/SCCE/MRTO

A : M.C.HENRY HUAMAN HUILLCA
DIRECTOR EJECUTIVO DE U.E. 401 SALUD C.C.E.

ASUNTO : REMITO FICHAS DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

ATENCION : COORDINACION PPoDIT DE LA U.E. 401 SCCE
COMITÉ DE PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA
MATERNA U.E. 401 SCCE

Tengo a bien de dirigirme a Ud. para hacer de conocimiento, que en el marco de cumplimiento de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-VO.1 Directiva para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, cumpro en remitir las fichas de monitoreo de Lactancia Materna de las IPRESS de Marangani y Techo Obrero, correspondiente al segundo trimestre.

Adjunto al presente en folios (3).

Atentamente,



ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	05/05/2025	HORA:	10:33
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. TECHO OBRERO		INFORME N°	02

INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)

N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	168	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año	-
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	161 95.8%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año	165 98.2%

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutrición			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacén			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutrición Estime la cantidad de fórmula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las F"ormulas.
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		
Cuenta con material de capacitación.	SI		
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.



Dra. Rosmery Cillo Quspe
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 066126





Griselda Mamani Huacani
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 34908





Bethzaida Zapana Supo
NUTRICIONISTA
C.M.P. 440-1





Thaina M. Laura Estaca
OBSTETRA
COP 20493





Lupe Marcel Herrera Tito
CEP: 53983

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	05/05/2025	HORA:			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. MARANGANI		INFORME N°	02		
INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)						
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)		Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año		-		
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año		RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año				
REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL						
PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)						
SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalizacion, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			-		-	
Nutricion			X		X	
Almacen			X		X	
ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación		No	OBSERVACIONES		
	Adquisición directa		No			
	Adquisición directa por la madre		No			
PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología		-	OBSERVACIONES		
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)		-			
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
<p>1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las fórmulas.</p> <p>2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido</p> <p>3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.</p> <p>4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.</p> <p>5. Si la madre trae fórmulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico</p>						

"Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana"

Sicuani, 16 de mayo del 2025.

OFICIO N° 018.-2025/RC-DIT/MR -PPP.

A : GERENTE DE LA MICRORED PAMPAPHALLA
Lic. Agripina Cáceres Corrales

DE : COORDINACION(E) DE PPDIT de la MR. PPP
LIC. ENF. Johana Maritza Rodríguez Quiñonez.

ASUNTO : REMITO FICHAS DEL SEGUNDO MONITOREO DE LACTANCIA
MATERNA, FICHA TÉCNICA N°42-AÑO 2025 - RED DE SERVICIOS
DE SALUD MIRORED PAMPAPHALLA.

Por medio de la presente me dirijo a usted para saludarle muy cordialmente, a la vez hacerle llegar la información trimestral el segundo informe de seguimiento de **CERTIFICACIÓN Y CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO DE MEJORA, ANEXO 4 DE LA DIRECTIVA ADMINISTRATIVA N° 201-MINSA/DGSO-V0.1- Directiva para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño**, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, establece los criterios técnico-normativos para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño.

- C.S. Pampaphalla.
- P.S. Florida.

Se adjunta copia de anexo 04 de los dos establecimientos que certificaron en el año 2024 como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño informe del segundo trimestre 2025.

sin otro particular me despido de Ud. Reiterando mis deferencias de estima personal.

Atentamente.



Johana Maritza Rodríguez Quiñonez
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 52313

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	04/05/2025	HORA:	9.00		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. PAMPAPHALLA		INFORME N°	02		
INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)						
N° de Nacimientos en el establecimiento (incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	41	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año (N° de cesáreas realizadas/total de nacimientos)x100 en un año		-		
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	41 100.0%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año		41 100.0%		
REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL						
PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)						
SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutrición			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacén			X		X	
ADQUISICIÓN SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación		No	OBSERVACIONES		
	Adquisición directa		No			
	Adquisición directa por la madre		No			
PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Servicio de Nutrición Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología		-	OBSERVACIONES		
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)		-			
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las Fórmulas). 2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido 3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica. 4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés. 5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico 						

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Ha sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE)
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		
Cuenta con material de capacitación.	SI		
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

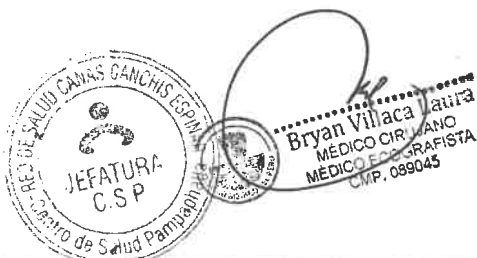
EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

El Centro de Salud de Pampaphalla si cumple con los requisitos para un establecimiento de salud de amigo de la madre del niño y la niña

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.





INFORME N° 004 -2025 – G.R. CUSCO/GRSC-CSP

A : GERENTE LIC. ENF. AGRIPINA CACERES CORRALES

ASUNTO : Segundo Monitoreo de Cumplimiento del Compromiso de Mejora, Ficha Técnica N°38-Año 2025-Red de Servicios de Salud IPRESS la FLORIDA.

REFERENCIA : Decreto Supremo N°036-2023-SA

FECHA : 15/05/2025

Tengo a bien dirigirme a usted, con la finalidad de manifestar que, en el marco Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSP-V0.1– Directiva para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño, aprobado mediante Resolución Ministerial N° 609-2014/MINSA, establece los criterios técnico-normativos para la certificación de establecimientos de salud amigos de la madre, la niña y el niño,

Realizando la evaluación del monitoreo con el equipo del comité de lactancia materna de la Ipress la Florida se evalúa el anexo n° 4 en donde se realiza el monitoreo con la ficha de lactancia materna en donde el comité evaluador verifica que el establecimiento cumple con los requisitos de establecimientos amigos de la madre del niño, en done el establecimiento y el comité se compromete a continuar las acciones en beneficio de nuestros niños.

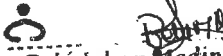
Se adjunta anexo 4 directiva administrativa 201.

copia de acta de comité de lactancia materna 2025.

Al respecto, se remite el informe de las acciones realizadas.

Es cuanto informo para los fines convenientes.

Atentamente.


Belú Lilian Medina Ayala
LIC ENFERMERIA
C E P 56492

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1.

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO		FECHA	15/05/2025		HORA:	08:00
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		P.S. LA FLORIDA			INFORME N°	02
INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)						
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)		Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año				
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año		RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año				
REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL						
PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)						
SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalizacion, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			-		-	
Nutricion			-		-	
Farmacia			X		X	
Almacen			X		X	
ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación		No		OBSERVACIONES	
	Adquisición directa		No			
	Adquisición directa por la madre		No			
PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología		-		OBSERVACIONES	
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)		-			
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
<p>1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las fórmulas).</p> <p>2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido</p> <p>3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.</p> <p>4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.</p> <p>5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico</p>						

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		NO SE CUENTA CON LACTARIO DEBIDO QUE ES UN ESTABLECIMIENTO DE CATEGORIA I-2 SE CUENTA CON MUJERES EN EDAD FERTIL TOTAL 45 ES UN ESTABLECIMIENTO PEQUEÑO QUE NO TIENE UNA AREA ADECUADA QUE REQUIERE
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

1. De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
2. De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofreció el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna.	SI		RD N° 152-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		
Cuenta con material de capacitación.	SI		
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

1. En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc..
2. Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones:

El Centro de Salud de Pampaphalla si cumple con los requisitos para un establecimiento de salud de amigo de la madre del niño y la niña

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité:

Belu Lilian Medina Aya
LIC EN ENFERMERIA
C.E.P. 50492

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD PUNO - BANCOS - ESPINAR

Yasenia Caballero Aliaga
O.P. : 18241

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO



Med. Paula Medina Lima
C.M.P. 43031

Eucaris



GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
UNIDAD EJECUTORA 401: SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
MICRO RED COMBAPATA

"AÑO DE LA RECUPERACION Y CONSOLIDACION DE LA ECONOMIA PERUANA"

Combapata, 28 de Mayo del 2025

INFORME Nº 0013 – 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/CLM- MR. COMBAPATA.

A : DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD
COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA - RSCCE.

DE : COORDINADORA DE PROMOCION DE LA SALUD - MICRO RED COMBAPATA.
LIC. LOURDES QUISPE SOLORZANO.

ASUNTO : REMITO INFORME DE ACTIVIDADES DE MONITOREO Y/O SUPERVISIÓN DE
LACTANCIA MATERNA- C.S. COMBAPATA, C.S. PITUMARCA, C.S. TINTA Y CHECACUPE.

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de poner en conocimiento los resultados obtenidos en monitoreo realizado en Lactancia Materna al Centro de Salud Combapata, que a continuación se detalla:

PRIMERO.- En Centro de Salud **Combapata**, Establecimiento certificado y reconocido como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre la Niña y el Niño 2023, en presente año se da cumplimiento al desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, en el cual se tiene el siguiente resultado, parto atendido 95, RN. Con LM. Dentro de la 1ra. Hora 100%. En Centro de Salud **Pitumarca**, Establecimiento certificado y reconocido como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre la Niña y el Niño 2024, en presente año se da cumplimiento al desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, en el cual se tiene el siguiente resultado, parto atendido 2, RN. Con LM. Dentro de la 1ra. Hora 100%. En Centro de Salud **Tinta**, Establecimiento certificado y reconocido como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre la Niña y el Niño 2024, en presente año se da cumplimiento al desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, en el cual se tiene el siguiente resultado, parto atendido 0, RN. Con LM. Dentro de la 1ra. Hora 0%. En Centro de Salud **Checacupe**, Establecimiento certificado y reconocido como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre la Niña y el Niño 2024, en presente año se da cumplimiento al desarrollo de acciones de monitoreo y/o supervisión, en el cual se tiene el siguiente resultado, parto atendido 0, RN. Con LM. Dentro de la 1ra. Hora 0%.

SEGUNDO.- De acuerdo a la información estadística se evidencia en HCL. La atención del Recién Nacido, además estos recién nacidos reciben lactancia materna dentro de la primera hora de vida, también egresan del Centro de Salud Combapata, C.S. Pitumarca, C.S. Tinta y C.S. Checacupe con lactancia materna exclusiva.

TERCERO.- De acuerdo a la verificación en atención Pre Natal, Atención Integral de CRED, Hospitalización, Maternidad(puerperio), Nutrición y farmacia, no se evidencia la Publicidad y disponibilidad de sucedáneos de la Leche Materna, formulas, biberones, tetinas, así mismo no se evidencia adquisición de sucedáneos y preparación de sucedáneos de Leche Materna.

- Se adjunta: FICHA DE DESARROLLO DE ACCIONES DE MONITOREO Y/O SUPERVISIÓN DE LACTANCIA MATERNA DEL MES DE MAYO.

Agradeciendo anticipadamente por la atención que merezca el presente, es propicia la oportunidad para hacer llegar un cordial saludo.

Atentamente

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1.

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	13/05/2025	HORA:	8:00 a. m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CS COMBAPATA		INFORME N°	02

INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)			
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	95	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año	-
Proporción de RN con LM dentro de la 1er hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra /total de nacimientos) x 100 en un año	100%	RN que egresan con lactancia materna exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESS con LME/total de nacimientos) x 100 en un at	94

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	No se encuentra ninguna publicidad de sucedáneos de leche Materna en ninguna Área del Establecimiento de salud
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
ALMACEN			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES No se cuenta con adquisición de sucedaneos
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES No se prepara sucedaneos de leche materna
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitadores o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las Fórmulas).
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae fórmulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		RD N° 152-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		tripticos,
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		Existe TDR de capacitación para el personal de salud del establecimiento.
Cuenta con material de capacitación.	SI		Tetas. Muñecos.
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

- Continuar con la capacitación de todo el personal nuevo (recien incorporado al EESS).
- Socializar la Política Institucional de Lactancia Materna a los nuevos trabajadores del EE.SS
- Conformar grupos de apoyo para la promoción y protección de la lactancia materna en sus barrios y comunidades y anexos y actores sociales

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.



Elianova Meza García
ENFERMERA
C.E.P. 88696



Psic. Carlos A. Maracho Gamero
C.P.S.P. 12597
JEFATURA RR.HH. CONTROL ASISTENCIA

Lic. Yemira León Huilca
NUTRICIONISTA
CNP: 4078

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	13/05/2025	HORA:	08.00 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. PITUMARCA		INFORME N°	02

INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)			
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	84	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año	-
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	83 98.8%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año	83 98.8%

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	No se encuentra ninguna publicidad de sucedaneos de leche materna en ninguna area del establecimiento de salud
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatria			-		-	
Hospitalizacion, neonatologia y pediatria			-		-	
Neonatologia			-		-	
Maternidad (Puerperio)			-		-	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
Aimacen			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES No se cuenta con adquisicion de sucedaneos
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES No se prepara sucedaneos de leche materna
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promocióne el uso de las Fórmulas.
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón liquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Crterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		RD N° 152-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promocion y portecccion y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		tripticos,
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		Existe TDR de capacitacion para el personal de salud del establecimiento.
Cuenta con material de capacitación.	SI		Tetas. Muñecos.
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		


EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

- Continuar con la capacitacion de todo el personal nuevo (recien incorporado al EESS).
- Socializar la Política Institucional de Lactancia Materna a los nuevos trabajadores del EE.SS
- Conformar grupos de apoyo para la promocion y proteccion de la lactancia materna en sus barrios y comunidades y anexos y actores sociales

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.



Hugo Llatia Cusi
LIC. EN ENFERMERIA
CEP. 59364
COORD. ENFERMERIA



Ana Maria Lopez Ccahuantico
EN ENFERMERIA
EP N° 56068



Melany Pooto Quispe
OBSTETRA
COP 32950



Dr. Miguel Raúl Condori Quispe
CMP.: 105536



Eliana Achañui Mercado
CIRUJANO DENTISTA
C.O.P. 23611

JEFE. E.E.SS.
PITOMARCA.

RESP. PROMISA

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO		FECHA	13/05/2025		HORA:	08.00 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		C.S. TINTA			INFORME N°	02
INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)						
N° de Nacimientos en el establecimiento (incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)		Proporción de partos atendidos por cesárea en un año (N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año				-
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año		RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año				
REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL						
PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)						
SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	No se encuentra ninguna publicidad de sucedaneos de leche materna en ninguna area del establecimiento de salud
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatria			-		-	
Hospitalizacion, neonatologia y pediatria			-		-	
Neonatologia			-		-	
Maternidad (Puerperio)			-		-	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacen			X		X	
ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Revision documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación		No		OBSERVACIONES No se cuenta con adquisicion de sucedaneos	
	Adquisicion directa		No			
	Adquisicion directa por la madre		No			
PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología		-		OBSERVACIONES No se prepara sucedaneso de leche materna	
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)		-			
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promoció el uso de las F"ormulas. 2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido 3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación medica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica. 4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés. 5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico 						

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las rrujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

1. De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
2. De ser posible, entrevistar a una trabajadora, úsuaría del lactarió: Há side informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		RD N° 152-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y portecccion y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		tripticos,
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		Existe TDR de capacitacion para el personal de salud del establecimiento.
Cuenta con material de capacitación.	SI		Tetas. Muñecos.
Cuenta con al menor un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

1. En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memoránϕlum, etc.:
2. Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales


Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

1. Continuar con la capacitacion de todo el personal nuevo (recien incorporado al EESS).
2. Socializar la Política Institucional de Lactancia Materna a los nuevos trabajadores del EE.SS
3. Conformar grupos de apoyo para la promocion y proteccion de la lactancia materna en sus barrios y comunidades y anexos y actores sociales

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.


Zumilda Sharmely Hualla Vilca
 LIC. ENFERMERA
 CEP: 72494


MINISTERIO DE SALUD
Olga Ccaña Quispe
 DNI. 42768654
 PROFESIONAL TÉCNICO
 ASISTENCIAL DE LA SALUD


Cecilia Daenas Farfán
 OBSTETRA
 COP: 24648

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	12/05/2025	HORA:	08:00 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CS CHECACUPE		INFORME N°	02
INFORMACION ESTADÍSTICA (DEL AÑO ANTERIOR)				
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	0	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año		-
Proporción de RN con LM dentro de la 1er hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra /total de nacimientos) x 100 en un año	0%	RN que egresan con lactancia materna exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESS con LME/total de nacimientos) x 100 en un at		0

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS); BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	No se encuentra ninguna publicidad de sucedáneos de leche Materna en ninguna Área del Establecimiento de salud
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalizacion, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
ALMACEN			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	
No se cuenta con adquisición de sucedáneos			

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	
No se prepara sucedáneos de leche materna			

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberones y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promueva el uso de las Fórmulas).
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional		X	
Área no menor de 10m2		X	
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido		X	
Garantiza privacidad y seguridad		X	
Garantiza comodidad para la extracción de la leche		X	
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento		X	
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario		X	
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario		X	

SEGÚN NORMATIVA VIGENTE, NO SE CUENTA CON LA CANTIDAD REQUERIDA DE MUJERES EN EDAD FERTIL.

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

1. De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
2. De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		RD N° 0152-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		trípticos,
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		Existe TDR de capacitación para el personal de salud del establecimiento.
Cuenta con material de capacitación.	SI		Tetas. Muñecos.
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

1. En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.
2. Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

1. Continuar con la capacitación de todo el personal nuevo (recien incorporado al EESS).
2. Socializar la Política Institucional de Lactancia Materna a los nuevos trabajadores del EE.SS
3. Conformar grupos de apoyo para la promoción y protección de la lactancia materna en sus barrios y comunidades y anexos y actores sociales

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.


 Yaneth Vesica Condori Cáceres
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 70441


 Lourdes Escalante Callo
 LIC. ENFERMERA
 C.E.P. 67085


 Yaneth Vesica Condori Cáceres
 OBSTETRA
 COP: 28330


 E. OMAR QUISPE TITO
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 072 606 - RNA A12188


 Ernesto Raul Puma Apaza
 PSICOLOGO
 C.Ps.P. 35585


 Ingrith V. Alvarez Florez
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 21733


 MINISTERIO DE SALUD
 Vianay Suma Montaña
 LIC. ENFERMERIA

EL DESCANSO, 6 DE ABRIL DEL 2025

INFORME N.º 119 – 2025 .GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/MRD/JMRED

A : DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.
MC HENRY HUAMAN HUILLCA

DE : JEFA DE LA MICRORED DE SALUD EL DESCANSO
CD FRIKA CAHUATA BAEZ

ASUNTO : REMITO INFORME DEL 2DO MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA -CS
DESCANSO

ATENCION :DAIS -COORDINADOR DE SALUD MATERNA

Previo cordial saludo me presento a su despacho a fin de remitir el informe de 2do monitoreo de lactancia materna del Centro De Salud El Descanso .el mismo que adjunto al presente .

Sin otro asunto en particular me suscribo de su despacho

Atentamente



Frika Cahuata Baez
C.O.P.N. 10000
D.N.I. 40173004

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	15/05/2025	HORA:	10.00
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. EL DESCANSO		INFORME N°	02

INFORMACION ESTADÍSTICA (DEL AÑO ANTERIOR)				
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	43	Proporción de partos atendidos por cesárea en un año(N° de cesáreas realizadas/total de nacimiento)x100 en un año	-	
Proporción de RN con LM dentro de la 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	42 97.7%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año	42 97.7%	

REGLAMENTO DE ALIMENTACION INFANTIL

PUBLICIDAD Y DISPONIBILIDAD DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA (FORMULAS), BIBERONES Y TETILLAS (REGISTRA EN EL CUADERNO)

SERVICIOS VISITADOS/AREAS VISITADA(OBSERVACION)	FORMULAS			PUBLICIDAD		INFORMACION ADICIONAL(**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atencion Pre Natal			X		X	
Atencion Integral CRED			X		X	
Consultorio de Pediatría			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacen			X		X	

ADQUISICION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Revisión documental (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación	No	OBSERVACIONES
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

PREPARACION DE SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA

Servicio de Nutricion Estime la cantidad de formula requerida en un mes en N° del latas	Preparación para neonatología	-	OBSERVACIONES
	Preparación para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)	-	

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitadores o distribuidores de fórmula, biberenes y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promocióne el uso de las Fórmulas.
2. En caso de Zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre la información de la persona responsable. Registre su nombre y apellido
3. De ser el caso, solicite una historia clínica al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica de uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote en la historia clínica.
4. En el caso de hospitalización de Neonatología (<de 28 días) y lactantes (hasta 24 meses) registrar si permiten a la madre o acompañante espacios para que las madres extraigan su leche para ser administrados a sus bebés.
5. Si la madre trae formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m2	X		
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	X		
Garantiza privacidad y seguridad	X		
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	X		
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	X		
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	X		
Las mujeres trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		

EN LA COLUMNA OBSERVACIONES

- De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características exigidas en la implementación de los lactarios.
- De ser posible, entrevistar a una trabajadora, usuaria del lactario: Há sido informada sobre sus derechos, es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario. Se siente satisfecha con las condiciones y espacios que le ofrece el lactario de su centro de labores.

LA PROMOCION Y PROTECCION DE LA LACTANCIA MATERNA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		RD N° 152 .2024 GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024- GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		
Cuenta con material de capacitación.	SI		
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc..
- Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales

Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones


CONTAR CON BANER DE POLITICAS DE LACTANCIA MATERNA, CALEFACTOR EN LACTARIO INSTITUCIONAL, BANNER DE 60X60CM ACERCA DE LOS SIGNOS DE HAMBRE DEL RECIEN NACIDO, CONTACTO PIEL A PIEL, CONTAR CON SILLONES MAS COMODOS PARA LA MADRE LACTANTE,

Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.


YULISSA HERRERA PUMA
LIC. EN ENFERMERIA
C.F.P. 0629


Brisca Navarro
LIC. EN ENFERMERIA
CEP. 68115


Rosvita Quipe Arenas
OBTETRA COP N° 34503

 C.S. EL DESCANSO

Antonio Jesús Villagómez Rodríguez
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 46305