



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° 144 - 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS.

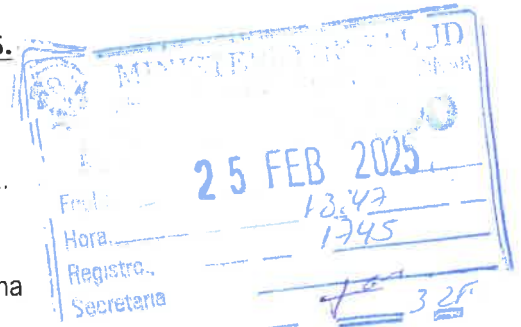
A : M.C. Luis Felipe Condori Mesco
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA U.E. 401 SCCE.

ASUNTO : Remito Fichas de 1er 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° 022 - 2025. G.R. CUSCO/DRSC/U.E.401/SCCE/DAIS/OGCS.

FECHA : Sicuani, 25 de febrero del 2025



Tengo a bien dirigirme a Ud. para saludarlo cordialmente y remitir el informe N° 022 - 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	16/02/2025
-- Techo obrero	C.S. Techo Obrero	06/02/2025
	C.S. Marangani	06/02/2025
-- Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	31/01/2025
	P.S. La Florida	31/01/2025
-- Combapata	C.S. Combapata	10/02/2025
	C.S. Pitumarca	10/02/2025
	C.S. Tinta	10/02/2025
	C.S. Checacupe	10/02/2025
-- Descanso	C.S. El Descanso	17/02/2025

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.

Raul Achahui Ventura
Lic. Raul Achahui Ventura
CEP: 75707



INFORME N° 022 - 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 1er 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 le Niña y el Niño).

FECHA : Sicuani, 25 de febrero 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	16/02/2025
02	Techo Obrero	C.S. Techo Obrero	06/02/2025
03	Techo Obrero	C.S. Marangani	06/02/2025
04	Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	31/01/2025
05	Pampaphalla	P.S. La Florida	31/01/2025
06	Combapata	C.S. Combapata	10/02/2025
07	Combapata	C.S. Pitumarca	10/02/2025
08	Combapata	C.S. Tinta	10/02/2025
09	Combapata	C.S. Checacupe	10/02/2025
10	El Descanso	C.S. El Descanso	17/02/2025

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 Choqui
OBSTETRA
COP. 0584

INFORME N°20 – 2025 - JCSY/UPSSO/MRY

De : Q.F Yeny Peñalva Saji Jefe de la IPRESS Yanaoca

A : Obstetra Isabel Soledad Apaza Alata Jefe de Microred Yanaoca

Asunto : Monitoreo IPRESS Certificadas como Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño" que promueven la lactancia materna.

Fecha : 21 de febrero del 2025

21 FEB 2025 MINISTERIO DE SALUD RED - CANAS - CANCHIS CLAS - YANAQCA - ESPINAR OFICINA DE TRAMITE DOCUMENTARIO Edad. N° 271 N° FOLIOS 02 Hora 12:50 Hr. Recibido por

Tengo el agrado de dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y al mismo tiempo poner en su conocimiento que se ha realizado el monitoreo a la IPRESS Yanaoca aplicando la Ficha de Lactancia Materna. Se adjunta el Formato de Monitoreo aplicado en el mes de febrero del 2025.

Es todo lo que se Informa para su conocimiento.

Atentamente,

Yeny Peñalva Saji DNI: 85002163

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	16/02/2025		HORA:	0.38
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		IPRESS YANAoca			INFORME N°	01
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			0.0%	
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			-		-	
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		
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"						
<ol style="list-style-type: none"> 1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmula, biberenes y tetillas. Especifique el tipo de publicación (cualquier producto que promocióne 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 						

Lizbeth Yara García Cayo
DNI: 24006921
RESPONSABLE PAUS
Admisión

Stela
11/19/0

Lic. Rubén Caburi Suaña
NUTRICIONISTA
CNP N° 4626



María A. Astorga Uspac
MEDICO CIRUJANO
CNP: 79558



Roxana Huanocca Churata
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 55747



María N. Galarza Medina
OBSTETRA
COP. N° 34904

Tony Peñalva Saji
DNI: 25002163
COP. 03828

Proyeta Tapia Delgado
FARMACEUTA
CQFP: 29383

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 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 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.

[Signature]
 Delegado
 Comité de Lactancia Materna
 C.F.P. 29383

[Signature]
 DNI: 70000163
 C.F.P. 08828

[Signature]
 Lic. Rubén Cahui Suato
 NUTRICIONISTA
 CNP N° 4626

[Signature]
 CENTRO DE SALUD YAMACACAYO
 Lizbeth Kaya GARCERAN
 DNI: 24006921
 RESPONSABLE PAUS
[Signature]

[Signature]
 Coronel Flores

[Signature]
 Roxana Huanacca Churata
 LIC. EN ENFERMERIA
 E.P. 55747

[Signature]
 María N. Galarza Medina
 OBSTETRA
 COP. N° 34904

[Signature]
 MEDICO CIRUJANO
 CMP - 79558



0

INFORME N° 32 -2025-G.R. CUSCO/GRSC/UE401 RSCCE/MRTO

A : M.C. LUIS FELIPE CONDORI MESCO
DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

DE : OBST. MARIBEL RAMOS DIAZ
JEFE DE LA MICRORED TECHO OBRERO.

ASUNTO : MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA IPRESS TECHO OBRERO Y MARANGANI

ATENCION : COORDINADORA DE PP DIT DE LA U. E. 401 SCCE.

FECHA : 20 de Febrero del 2025

Mediante la presente me dirijo a Ud. para hacerle alcance los informes sobre el Monitoreo de Lactancia Materna en Cumplimiento de Compromiso de mejora de las IPRESS Jurisdicción de la Microred Techo Obrero: IPRESS Techo Obrero, IPRESS Marangani. Que de acuerdo con la 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, se desarrolla los Monitoreos en dichas IPRESS.

Sin otro particular, me despido de Ud. Reiterándoles las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente

Folios (04)



Maribel Ramos Díaz
OBSTETRA
C.O.P N° 12035

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	06/02/2025	HORA:			
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. TECHO OBRERO		INFORME N°	01		
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 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	
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 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"						
<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 F"ormulas.</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		El Lactario Institucional esta en convenio con la RED SCCE
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		Personal que se encuentra en la Microred.

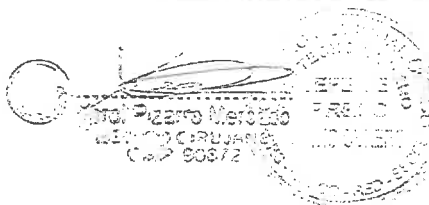
EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- 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.

[Firma manuscrita]



[Firma manuscrita]
Gyanmarcos V. Chavez Reyes
 OBSTETRA
 COP. 31202

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	06 - 02 - 2025		HORA:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		C.S. MARANGANI			INFORME N°	01
INFORMACION ESTADISTICA (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 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		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			-		-	
Hospitalización, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			-		-	
Nutrición			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacén			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 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"						
<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>						

LACTARIO INSTITUCIONAL

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

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		



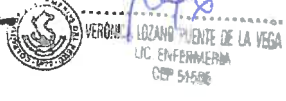
EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- 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

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



CUSCO
GOBIERNO REGIONAL

Dirección Regional de
Salud cusco

Red de Servicios de
Salud Canas Canchis

Micro Red de
Pampaphalla



Edificando Salud

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

Inf. N° 073-2025-DRSC/RSSCE/JMRP.

A : Director Ejecutivo de la Red Canas Canchis Espinar
MC. Luis Felipe Condori Mesco

DE : Jefe de la Micro Red de Pampaphalla.
Lic. Agripina Cáceres Corrales.

Asunto : **Informe Cumplimiento del Compromiso de Mejora, Ficha Técnica N°38.**

Referencia : **Of. N°010-2025/R.C-DIT/MR-PP**

Atención : **Dirección de Atención Integral de Salud**
Cood. DIT

Por medio del presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, visto el documento de la referencia, de la coordinación del Programa Desarrollo Infantil Temprano de la Micro Red, quien hace llegar el **Informe de Cumplimiento del Compromiso de Mejora –Ficha Técnica-38**, este informe es referente a la Certificación y Cumplimiento del compromiso de mejora Anexo 4 de la Directiva Administrativa N° 201-MINSA/DGSO-V0.1, **SEGUIMIENTO** a la Certificación de Establecimientos de Salud de la Madre, la Niña y el niño, en ese entender los Establecimiento ya Certificados son: IPRESS Pampaphalla y la IPRESS la Florida, a quienes se les aplico el anexo 4. Se acompaña documento en folio (09).

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

Sicuaní, 14 de febrero 2025



Atentamente

DIRECCIÓN REGIONAL CUSCO
DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD CUSCO
118 01 - SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
Agripina Cáceres Corrales
JEFE MR. PAMPAPHALLA
C.E.P. 29247

“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Sicuani, 17 de febrero del 2025.

OFICIO N° 010-2024/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 : INFORME DE CUMPLIMIENTO DEL COMPROMISO DE MEJORA,
FICHA TÉCNICA N°38-AÑO 2024-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 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

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

Atentamente.



Johana Maritza Rodríguez Quiñonez
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 52313



INFORME N°001 -2025 – G.R.CUSCO/GRSC-RSCCE-CSP

A : GERENTE LIC. ENF. AGRIPINA CACERES CORRALES.

ASUNTO : Informe de Cumplimiento del Compromiso de Mejora, Ficha Técnica N°38-Año 2024-Red de Servicios de Salud C.S Pampaphalla

REFERENCIA : Decreto Supremo N°036-2023-SA

FECHA : 30/01/2025

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 del c.s. Pampaphalla 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 año, en donde el establecimiento y el comité se compromete a continuar las acciones en beneficio de nuestros niños.

- Se adjunta anexo 4 de la directiva administrativa 201.
- copia de acta de comité de lactancia materna 2025.

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

Así como informo para los fines convenientes.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD MINSA

Lic. Sol Delicia Rodríguez D. Jans
C.E.I. 70007
ENFERMERÍA



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	30/01/2025	HORA:	8.00		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. PAMPAPHALLA		INFORME N°	01		
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 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	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	categoria I-3
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 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"						
<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		
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 trabajadoras 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

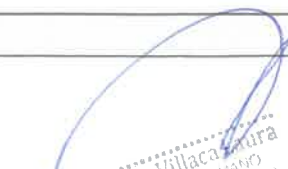
Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones

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.


MINISTERIO DE SALUD MINS

 Lic. Sor Delicia Benita
 C.E.P. 7084
 ENFERMERA


 Bryan Villaca Laura
 MEDICO CIRUJANO
 MEDICO ESPECIALISTA
 EN P. GUSCO



INFORME N° 01 -2025 – G.R.CUSCO/GRSC-MCR PPP

A : GERENTE LIC. ENF. AGRIPINA CACERES CORRALES

ASUNTO : Informe de Cumplimiento del Compromiso de Mejora, Ficha Técnica N°38-Año 2025- Red de Servicios de Salud P.S. Florida.

REFERENCIA : Decreto Supremo N°036-2023-SA

FECHA : 30/01/2025

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 evaluando el anexo N° 4 en donde se realiza el monitoreo con la ficha de lactancia materna del primer trimestre en donde el comité evaluador verifica quee el establecimiento continúe cumpliendo con los requisitos de establecimientos amigos de la madre del niño, en done el estableciente y el comité se compromete a continuar las acciones en beneficio de nuestros niños.

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

I. ANTECEDENTES:

- Reglamento de Alimentación Infantil actualizado y aprobado con Decreto Supremo N°009-2006-SA, que tiene como objetivo "Lograr una eficiente atención y cuidado de la alimentación de las niñas y niños hasta los veinticuatro (24) meses de edad, mediante acciones de promoción, protección y apoyo de la lactancia materna y orientando las prácticas adecuadas de alimentación complementaria y el uso correcto de los sucedáneos de la leche materna, cuando estos sean necesarios sobre la base de una información adecuada y mediante métodos apropiados de comercialización y distribución.
- Resolución Ministerial N° 615-2010/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 035-MINSA/DGPS-V.01 "Promoción de la Semana de la Lactancia Materna en el Perú".
- Resolución Directoral N° 609-2014/MINSA, que aprueba la "Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño".
- Resolución Ministerial N° 353-2016/MINSA, que aprobó la Directiva Sanitaria N° 009-MINSA/DGPS-V.01: que resuelve "Incorporar a la Directiva Administrativa Nro. 201-MINSA/DGSP V-01 Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño aprobada por resolución Ministerial Nro. 609 - 2014/MINSA, los Anexos 5; 5A; 5B; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E ;6F ;6G ;7 ;7A ;7B; y 7C.
- Decreto Supremo Nro 023-2021-MIMP, que aprueba el Reglamento de la Ley N° 29896, Ley que establece la implementación de lactarios en las instituciones del sector público y del sector privado promoviendo la lactancia materna.

Se adjunta anexo 4 de la directiva N° 201-MINSA/DGSP-V0.1– Directiva para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño y copia de acta de comité de lactancia materna 2025 P.S. La Florida.

Es cuanto informo para los fines convenientes.

Atentamente

Belu Lilitan Medina Ayala
LIC. EN INGENIERIA
C.B.P. 5002

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	17/02/2025	HORA:	8.00		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	P.S. LA FLORIDA		INFORME N°	01		
INFORMACION ESTADISTICA (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		0		
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	0 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		0 100.0%		
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)			-		-	
Nutrición			-		-	
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 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 medico 						

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional			no se cuenta con lactario debido a que es un establecimiento de categoría 1-2, se cuenta con mujeres edad fértil total 15, es un establecimiento pequeño que no tiene área mínima que requiere.
Área no menor de 10m ²	-	-	
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón líquido	-	-	
Garantiza privacidad y seguridad	-	-	
Garantiza comodidad para la extracción de la leche	-	-	
Ubicado en un lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento	-	-	
Realizan actividades de capacitación a los trabajadores para promover el uso de lactario	-	-	
Las mujeres trabajadoras usuarias están satisfechas con el lactario	-	-	

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

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








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, 20 de Febrero de 2025

INFORME N° 00 38 - 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/MR COMBAPATA.

A : DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED CANAS CANCHIS ESPINAR
MC. LUIS FELIPE CONDORI MESCO.

DE : JEFE DE MICRO RED COMBAPATA
LIC. MILAGROS MEDINA CAIRO

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

REFERENCIA : INFORME N° 0002 - 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/CLM- MR. COMBAPATA.

ATENCION : DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD - COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA -RSCE.

Por intermedio del presente me dirijo a Usted, con la finalidad de remitir el INFORME del Monitoreo y/o supervisión de lactancia materna del C.S. Combapata, C.S. Pitumarca, C.S. Tinta y C.S. Checacupe, de la micro Red de Combapata. Para lo cual se adjunta:

➤ **INFORME N° 0002 - 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/CLM- MR. COMBAPATA.**

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

Folios (09)

Atentamente.



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL SALUD CUSCO
U.E. 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
MICRO RED COMBAPATA

Lic. Ed. Milagros Medina Cairo
C. E. P. 59504
JEFE MICRO RED COMBAPATA



Combapata; 10 de Febrero del 2,025

INFORME Nº 0002 – 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/CLM- MR. COMBAPATA.

A : JEFE DE MICRO RED COMBAPATA
LIC. MILAGROS MEDINA CAIRO

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 84, RN. Con LM. Dentro de la 1ra. Hora 99%. 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 100%. 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 100%.

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 FEBRERO.

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

Atentamente
Lourdes Quispe Solórzano
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.R. N° 51675

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	10/02/2025	HORA:	8:00 a. m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CS COMBAPATA		INFORME N°	01

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 nacimientos)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			-		-	
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 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 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 Minimas 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 rrujeres 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, úsuaria del lactario: 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

Critérios	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		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 menor 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.

Lic. Yemela Leon Huilca
NUTRICIONISTA
 CNP: 4678

Juan Vladimir Fernandez Tapia
OBSTETRA
 C.O.P. 12243

Eliana Meza Garcia
ENFERMERA
 C.E.P. 50696

CENTRO DE SALUD COMBAPATA
 C.D. Elmer Montesinos Peraz
 COP 25054

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	10/02/2025	HORA:	08.00 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. PITUMARCA		INFORME N°	01

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	
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 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		
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 trabajadoras 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 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		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		Telas. 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.



CLAS PITUMARCA

Kelly Flor de María Gomez Mamani
DNI: 4807982
CMP N° 89834
GERENTE

Sonia Cruz Chila
LIC. NUTRICIONISTA
CNP. 9376

Ann Maria Lopez Ccahuantinc
EN ENFERMERIA
EP N° 58068

Jacqueline Nardy Ortega Alvarado
OBSTETRA
COP. 28106

Magdalena Mamani Chuquichambi
DNI: 45205568
TEC. ENFERMERIA



Lidia Challa Cusi
LIC. EN ENFERMERIA
CEP. 59364

MINISTERIO DE SALUD
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR

Hilda Chipana Jihuallanca
TEC. EN ENFERMERIA

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	10/02/2025	HORA:	09:30 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	CS TINTA		INFORME N°	01

INFORMACION ESTADISTICA (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 nacimientos)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 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
	Adquisición directa	No	
	Adquisición directa por la madre	No	

No se cuenta con adquisición de sucedaneos

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 sucedaneos de leche materna

(**) 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 promocióne 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

Zumbea Sharyely Hualla Vilca
LIC. ENFERMERA
CEP: 72494

Lourdes Quispe Soto
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. N° 51635

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
 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° 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"
 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

- 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 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 Kwalla Vilca
 LIC. ENFERMERA
 CEP: 72494


Lourdes Cordero Solorzano
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP: 72494

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	10/02/2025	HORA:	10.00 a.m.
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. CHECACUPE		INFORME N°	01

INFORMACION ESTADISTICA (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 1era hora (N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año	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	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 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
	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
	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

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° 01407-2024-GR.CUSCO/GERESA
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"			
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.			

PUESTO DE SALUD CHECACUBE

[Signature]
Elm. Sarayza Coanchi
 TEC. EN ENFERMERIA

MINISTERIO DE SALUD

[Signature]
Vianny Suma Montalva
 TEC. ENFERMERIA


[Signature]
Ernesto Raul Puma Apaza
 PSICOLOGO
 C.Ps.P. 35595


[Signature]
E. OMAR QUISPE TITO
 MEDICO CIRUJANO
 CMP 072 609 RNA A12188


[Signature]
Liana P. Achahuanco Q.
 TECNICA EN ENFERMERIA


[Signature]
Brisinda Lourdes Quispe
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP 73421

EL DESCANSO, 17 DE FEBRERO DEL 2025

INFORME N° 028 -- 2025 .GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/MRD/JMRED

A : DIRECTOR EJECUTIVO DE LA UE 401 SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR.
MC LUIS FELIPE CONDORI MESCO

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

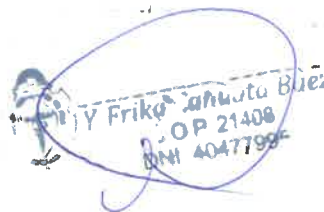
ASUNTO : REMITO INFORME DE FICHA DEL 1ER MONITOREO DEL CENTRO DE
SALUD EL DESCANSO AMIGOS DE LA MADRE Y EL NIÑO .

ATENCION :DAIS

Previo cordial saludo me presento a su despacho a fin de remitir el informe de la ficha de monitoreo amigos de la madre y del niño, realizado en el 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
OP 21408
DNI 40477996

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	17/02/2025		HORA:	10:00a.m
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		C.S. EL DESCANSO			INFORME N°	01
INFORMACION ESTADISTICA (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			-		-	
Hospitalizacion, neonatología y pediatría			-		-	
Neonatología			-		-	
Maternidad (Puerperio)			X		X	
Nutricion			X		X	
Farmacia			X		X	
Almacen			X		X	
ADQUISION SUCEDANEOS DE LA LECHE MATERNA						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una x en el rubro correspondiente)	Donación		No	OBSERVACIONES		
	Adquisión directa		No			
	Adquisión 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 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 formulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del medico 						

LACTARIO INSTITUCIONAL

Características Minimas 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° 204-2023 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		
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas mínimas e incluye 3 horas de práctica.	SI		ACTAS DE CAPACITACION
Cuenta con material de capacitación.	SI		MATERIAL AUDIO VISUAL
Cuenta con al menos un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		4 CONSEJERAS


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.



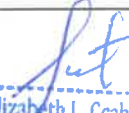
YULISSA H. VERA PUMA
INFERMERA
C.N.P. 66629



Milagros Condon Merino
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 27401



Karen Y. Rojas Chambo
NUTRICIONISTA
C.N.P. 4236



Elizabeth L. Ccahuana Quispe
CEP: 65842

2