



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° 116 -2025-GRCUSCO/GRSC/U.E. 401/SCCE/OGSC/DAIS

A : M.C. JORGE OMAR FARFAN OCHOA
Gerente Regional de Salud Cusco

ASUNTO : Remito Informe de Fichas de 3er Monitoreo en Lactancia Materna

REFERENCIA : **INFORME N° 2098 - 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, 08 de setiembre 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 3er monitoreo en lactancia materna de las IPRESS que fueron certificadas en el año 2022, 2023 Y 2024:



- Yanaoca	C.S. Yanaoca	25/08/2025
- Techo obrero	C.S. Techo Obrero	04/08/2025
	C.S. Marangani	05/08/2025
- Pampaphalla	C.S. Pampaphalla	04/08/2025
	P.S. La Florida	15/08/2025
- Combapata	C.S. Combapata	15/08/2025
	C.S. Pitumarca	15/08/2025
	C.S. Tinta	15/08/2025
	C.S. Checacupe	12/08/2025
- Descanso	C.S. El Descanso	03/08/2025

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

Adjunto: Fichas de monitoreo de lactancia materna. Folios (30)

Atentamente.

Gobierno Regional Cusco
Dirección Regional de Salud / Cusco
U.E. 401 Red de Salud Canas Canchis Espinar

M.C. Henry Huaman Huilca
DIRECTOR EJECUTIVO
C.M.P. 076072



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

INFORME N° 332 -2025/GCY/RSCCE/DRSC

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

DE : M.C. FREDY ISMAEL PINTO VARGAS
JEFE DE LA MICRO RED YANAoca

ASUNTO : REMITO ANEXO 4 FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

ATENCION : COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA DE LA U. E. 401 SCCE

FECHA : 26 de agosto del 2025

Previo un cordial saludo me dirijo a Usted., para informarle respecto a la DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACION O RECERTIFICACION DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2021-1, es por ello que la IPRESS Yanaoca remite el ANEXO 4 (Formato de Monitoreo de Lactancia Materna) para que tenga conocimiento el Comité de Lactancia Materna de la U.E. 401 Salud Canas Canchis Espinar. Adjunto 04 folios

Sin otro particular hago propicia la ocasión para expresarle las consideraciones de mi estima personal.

Atentamente.,

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
RED DE SALUD CANAS CANCHIS ESPINAR
JEFE DE LA MICRO RED YANAoca
M.C. Fredy Ismael Pinto Vargas
DNI 7296
JEFE DE LA MICRO RED

28 AGO 2025

REG. Nº 9994
 Fecha: Hora: 08:29
 Folio: Registrador: [Signature]
DIRECCION GENERAL

- a: [Signature]
- 1. Ejecución Inmediata 5. Investigar e Informar ()
 - 2. Conocimiento y/o Ate. 6. Proceso Resolución ()
 - 3. Observación Archivo 7. Preparar Respuesta ()
 - 4. Emitir Opinión y Dev. 8. Gestionar Archivo ()

DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

01 SEP 2025

Fecha Recepción: hora:
 Para: PP materno M.

- ❖ P.P.Art.Nut () ❖ P.P.Mater.Neo ()
- ❖ P.P.Tbc-Vih Sida () ❖ P.P.MetaxyZoon. ()
- ❖ P.P.ENT () ❖ P.P.Cancer ()
- ❖ P.P.Emerydesast () ❖ P.P.Samu ()
- ❖ P.P.Discapacidad () ❖ P.P.SaludMental ()
- ❖ Otro:

- 1. Ejecución Inmediata
- 2.- Conocimiento y/o Ate.
- 3. Observación Archivo ()
- 4. Emitir Opinión y Dev. ()
- prepare Respuesta ()



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	25/08/2025		HORA:	0.48	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. YANAOCA			INFORME N°	03	
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			-		-	
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"						
<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 F^oormulas. 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

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



 Yony Peñalva Saji

 DNI: 25002163

 C.O.F.P. 08828



 Yofre Rivera Bermudes

 PSICÓLOGO

 C.Ps. P. 50820



 Matja N. Galriza Medina

 OBSTETRA

 C.O.P. N° 34901



 Andrea Salas Montecinos

 NUTRICIONISTA

 GNP 8872



 Dr. Juan Siles

 MEDICO CIRUJANO

 C.M.P. 72669


 Zoraida Rillo Cossico Alfaro

 LIC. ENFERMERIA

 C. E. P. 36543

Quisiera

 Lijbeth Katis Farcio Goyo

 Admision


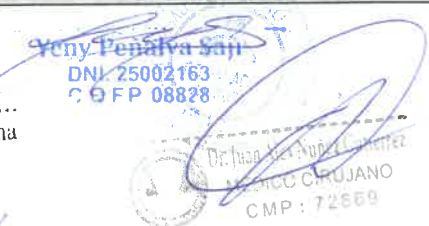


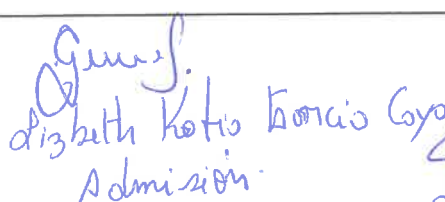

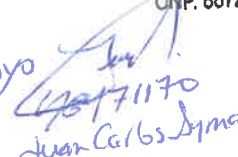
 Juan Cevallos

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	25/08/2025		HORA:	0.48	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. YANAOCA		INFORME N°	03		
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 Pediatria			-		-	
Hospitalizacion, neonatologia y pediatria			-		-	
Neonatologia			-		-	
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"						
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 trabajadores usuarias están satisfechas con el lactario	X		
<p>EN LA COLUMNA OBSERVACIONES</p> <p>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.</p> <p>2. 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.</p>			
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		
<p>EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"</p> <p>1. En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memorándum, etc.</p> <p>2. Si cuenta con materiales para promover y capacitación de Lactancia Materna, registre tipo de piezas educativo comunicacionales</p>			
Apreciaciones Generales del Comité Auditor. Recomendaciones			
Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.			
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="text-align: center;">  Maria N. Galarza Medina OBSTETRA COP. N° 34904 </div> <div style="text-align: center;">  Yeny Penalba San DNI: 25002163 C.O.F.P. 08828 </div> <div style="text-align: center;">  Yofre Rivera Fernandez PSICOLOGO C.P. P. 50820 </div> </div> <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> <div style="text-align: center;">  Zoraida Rita Ccosco Alfaro LIC. ENFERMERIA C. E., P. 36543 </div> <div style="text-align: center;">  Gisela Kotto Gonzalo Admisión </div> <div style="text-align: center;">  Andrea Curi Montecinos NUTRICIONISTA CNP. 8872 </div> </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">  Juan Carlos Lima 42171170 </div>			



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

Sicuani, 29 de Agosto del 2025

INFORME N° 353 – 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, cumplo en remitir las fichas de monitoreo de Lactancia Materna de las IPRESS de Marangani y Techo Obrero, correspondiente al tercer trimestre.

Adjunto al presente en folios (3).

Atentamente,



Gerardo Ramos Diaz
C.O.P. 12035
GERENTE

TECHO_04

document1

01-09-2025 / 07:05AM

01 SEP 2025

Ministerio de Salud
Dirección de Salud Cusco
RED CANAS CANCHIS ESPINAR

Reg. N° 10109

Fecha: Hora: 14:58

Folio: Registrador: ✓

DIRECCION GENERAL

a: DRS

- Ejecución Inmediata ()
- 3.- Investigar e Informar ()
- 4.- Conocimiento y/o Ate ()
- 6.- Preparar Resolución ()
- 3.- Para Conversar ()
- 7.- Preparar Respuesta ()
- 4.- Emitir Opinión y Deb. ()
- 8.- Observación Archivo ()

Observaciones:

DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Fecha Recepción: 03 SEP 2025 hora:

Para: PP MATERNO

- ❖ P.P.Art.Nut ()
 - ❖ P.P.Mater.Neo ()
 - ❖ P.P.Tbc-Vih Sida ()
 - ❖ P.P.Metax y Zoon. ()
 - ❖ P.P.ENT ()
 - ❖ P.P.Cancer ()
 - ❖ P.P.Emerydesast ()
 - ❖ P.P.Samu ()
 - ❖ P.P.Discapacidad ()
 - ❖ P.P.SaludMental ()
- ❖ Otro:

- 1 Ejecución Inmediata
- 2.- Conocimiento y/o Ate
- 3 Observación Archivo
- 4 Emitir Opinión y Deb.
- Preparar Respuesta



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	04/08/2025	HORA:	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		C.S. TECHO OBRERO		INFORME N°	03
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 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	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 promoció 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 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		
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. Rosmerly Callo Quispe
MÉDICO CIRUJANO
C.M.P. 066126




Lic. Mami Huacani
LIC. EN ENFERMERIA
C.P.P. 00003




Sandra Oshin Hanco Velasquez
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 56206

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	05/08/2025	HORA:	0.58		
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. MARANGANI		INFORME N°	03		
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 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		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)			-		-	
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
	Adquision directa			No		
	Adquision 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 promoció 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>						



TECHO_04

document1

01-09-2025 / 07:35AM

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: ¿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


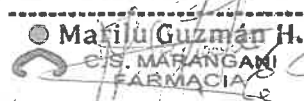
Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Material	No	Observaciones
Cuenta con Comité de Lactancia Materna	SI		
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia Materna.	SI		RD N° 100-2024-GR.CUSCO/GRSC/U.E.401/SCCE/UGYPH (Políticas para la promoción y protección y apoyo de 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

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






TECHO_04

document1

01-09-2025 / 07:22AM



CUSCO

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° 348 -2025-DRSC/RSSCCE/JMRP.

A : Director Ejecutivo de la Red Canas Canchis Espinar
MC. Henry Huamán Huilca

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

ASUNTO : **Monitoreo de Lactancia Materna- Cumplimiento 3 .**

Referencia : **Of. Nro038-2025/RC-DIT/MRPP**

Atención : **Dirección de Atención Integral de Salud
Comité de Lactancia Materna Exclusiva.**

Por medio del presente me dirijo a Ud. para saludarlo cordialmente, según el documento de la Referencia, de la Coordinación de la etapa vida Niño de la (DIT) MR- Pampaphalla, quien hace llegar el "La ficha y/o formato de monitoreo de Lactancia Materna" correspondiente al TERCER Informe, en cumplimiento a la Directiva Administrativa n°201-MINSA/DGSP-VO-1 Directiva para la certificación de Salud Amigos de la madre, la Niña y el niño. En ese entender se ha realizado el monitoreo con los equipos del comité de Lactancia materna de la IPRESS Pampaphalla como de la IPRESS la Florida la Evaluación del Anexo 4, para verificar el cumplimiento de los requisitos de un Establecimiento amigos de la madre del niño y continuar las acciones del beneficio de nuestros niños, se adjunta documentos en folio (10).

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

Sicuani, 18 de agosto 2025

Atentamente



Agripina Cáceres Corrales
Jefe de la Micro Red de Pampaphalla
E.P. 05247

18 AGO 2025


Ministerio de Salud
 Dirección de Salud Cusco
RED CANAS CANCHIS ESPINAR
 Reg. N° 9549
 Fecha: hora: 11:23
 Folio: Registrador: f
DIRECCION GENERAL

12933

- Ejecución Inmediata 5.- Investigar e Informar
- Conocimiento y/o Ato 6.- Prepare Resolución
- Para Conversar 7.- Prepare respuesta
- emitir Opinión y Deb. 8.- Observación Archivo

Observaciones:

DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Fecha Recepción: 19 AGO 2025 hora:

Para: PP MATERNO

- ❖ P.P.Art.Nut ❖ P.P.Mater.Neo
- ❖ P.P.Tbc-Vih Sida ❖ P.P.Mater.Zoon.
- ❖ P.P.ENT ❖ P.P.Mater.
- ❖ P.P.Emeryderart ❖ P.P.Mater.
- ❖ P.P.Discapacidad ❖ P.P.SaludMental
- ❖ Otro:

- 1 Ejecución Inmediata
- 2.- Conocimiento y/o Ato
- 3. Observación Archivo
- 4. Para Conversar



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

Sicuani, 15 de agosto del 2025.

OFICIO N° 038.-2025/RC-DIT/MR -PPP.

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

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

ASUNTO : REMITO FICHAS DEL TERCER MONITOREO DE LACTANACIA
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 TERCER 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 primer trimestre 2025.

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

Atentamente.



Johana Maritza Rodríguez Quiñonez
Johana Maritza Rodríguez Quiñonez
LIC. EN ENFERMERIA
CEP: 52313



INFORME N°003 -2025 – G.R.CUSCO/GRSC-RSCCE-CSP

A : GERENTE LIC. ENF. AGRIPINA CACERES CORRALES.

ASUNTO : Informe N°03 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 : 04/08/2025

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 niño, 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.

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

Es cuanto informo para los fines convenientes.

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD MINSA
Lic. Sol Delya Paniagua Dalera
C.E.P. 70842
ENFERMERA

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	04/08/2025		HORA:	8:am
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:		C.S. PAMPAPHALLA			INFORME N°	03
INFORMACION ESTADISTICA (DEL AÑO ANTERIOR)						
N° de Nacimientos en el establecimiento(incluye todo los tipos de partos atendidos en un año)	87	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 <small>(N° de RN que inician LM dentro de la 1ra total de nacimientos) x 100 en un año</small>	87 100.0%	RN que egresan con LM Exclusiva (LME) <small>(N° de RN que egresan del ESSS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año</small>				86 98.9%
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			-		-	
Neonatalogia			-		-	
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"						
<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 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, úsuaría 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		
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		
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 menor un consejero en lactancia materna certificado (a)	SI		

EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES"

- En tipo de documento: detalle si es una resolución Directoral, un memoránplum, 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.


MINISTERIO DE SALUD
 CENTRO DE SALUD PAMPAPALLA

Fernando Ramirez Choquehuanca
 C.D.P. 16434
 CIRUJANO DENTISTA


MINISTERIO DE SALUD

Lic. Sol Denche
 C.P.F. 1000
 ENFERMERA



INFORME N° 007 -2025 – G.R. CUSCO/GRSC-CSP

A : GERENTE LIC. ENF. AGRIPINA CACERES CORRALES

ASUNTO : Tercer 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 : 15/08/2025

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 donde el establecimiento y el comité se compromete a continuar las acciones en beneficio de otros 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.


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

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	15/08/2025	HORA:	
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	-
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	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	categoria 1-2
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 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 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	-	-	NO SE CUENTA CON LACTARIO DEBIDO QUE ES UN ESTABLECIMIENTO DE CATEGORIA 1-2 SE CUENTA CON MUJERES ,EN EDAD FERTIL TOTAL 60 ES UN ESTABLECIMIENTO PEQUEÑO QUE NO TIENE UNA AREA ADECUADA QUE SE REQUIERE.
Area no menor de 10m2	-	-	
Cuenta con un lavabo dentro/cerca del área y cuenta con jabón liquido	-	-	
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.

Belu Lima Medina Ayala
Belu Lima Medina Ayala
LIC EN ENFERMERIA
C.E.P. 50492

GOBIERNO REGIONAL CUSCO
DIRECCION REGIONAL DE SALUD CUSCO



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




P.S. Florina
C.O.P. 1-1
P.S. Florina



Tec. Enf. Leticia
Tec. Enf. Leticia
DNI: 2
RESPONSAB.

Belén Medina Ayala
LIC. EN ENFERMERIA
C.E.P. 50493


MINISTERIO DE SALUD


Yessica Caballero Aliaga
OBSTETRA
COP 18241

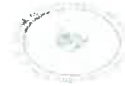

Calla Chacaspura Vico
MINISTERIO DE SALUD
RFO DE SALUD PANAS CANCHIS ESPINAR

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCION DE SALUD CUSCO
RFO DE SALUD CANCHIS ESPINAR

Obst. Suyury Yohanna Condalia Ramirez
COP 27791


Yurel Quispe Choquehuanca
TEC. EN ENFERMERIA
DNI: 4464492

MINISTERIO DE SALUD
RFO DE SALUD CANCHIS ESPINAR
Lucrecia Salazar Lopez
TEC EN ENFERMERIA
DNI 2411170
C.E.P. 50493



EL DESCANSO, 4 DE AGOSTO DEL 2025

INFORME N.º330 – 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 EL DESCANSO
CD FRIKA CAHUATA BAEZ

ASUNTO : REMITO INFORME DE 3ER MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA
CORRESPONDIENTE AL CENTRO DE SALUD EL DESCANSO

ATENCION : COORDINADORA DE SALUD MATERNA -DAIS

Previo cordial saludo me presento a su despacho con el fin de remitir el informe de monitoreo de lactancia materna correspondiente a la 3ra evaluación desarrollada en el Centro De Salud El Descanso. El que adjunta al presente
Sin otro asunto en particular me suscribo de su despacho.

Atentamente.


CD FRIKA CAHUATA BAEZ
P 21/08
DNI 4047795

04 AGO 2025

DIRECCION GENERAL
 RED CANAS CANCHIS ESPINAR
 Reg. N°..... 8748
 Fecha:..... Hora: 12:51
 Folio:..... Registrador: [Signature]

DIRECCION GENERAL

a: [Signature]

- Ejecución Inmediata (); 5.- Investigar e Informar ()
- Conocimiento y/o Ato (); 6.- Preparar Resolución ()
- 3.- Para Conversar () 7.- Preparar respuesta ()
- 4.- Emitir Opinión y Doc. () 8.- Conservación Archivo ()

Observaciones:

Firma: [Signature]

DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Fecha Recepción: 05 AGO 2025 Hora.

Para: PP Salud MST BRND

- ❖ P.P.Art.Nut () ❖ P.P.Medicina ()
- ❖ P.P.Tbc-Vih Sida () ❖ P.P. ()
- ❖ P.P.ENT () ❖ P.P. ()
- ❖ P.P.Embar/Infest () ❖ P.P. ()
- ❖ P.P.Discapacida... () ❖ P.P. ()
- ❖ Otros:

- 1 Ejecución Inmediata ()
- 2.- Conocimiento y/o Ato ()
- 3 Observación Archivo ()
- 4 Emitir Opinión y Doc. ()
- 5 Preparar respuesta ()



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	03/08/2025	HORA:	10:10 a.m
ESTABLECIMIENTO DE SALUD:	C.S. EL DESCANSO		INFORME N°	03

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 Pediatria			-		-	
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"

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 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 portecccion y apoyo de la Lactancia Materna de la U.E. 401 SCCE
Cuenta con merchandising de lactancia materna	SI		Baner de los 10 pasos de lactancia materna
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		Muñeco con tetita, materiales audiovisuales
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.


Karen Y. Rojas Chambi
 NUTRICIONISTA
 CNP 4286




WILISSA RIVERA PUMA
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.F.P. 80629


Brisca Navarpo Pacheco
 LIC. EN ENFERMERIA
 CEP-68115


Rosvita Quispe Arenas
 OBSTETRA
 COP: 34503



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"

CARGO

Combapata 26 de Agosto del 2,025

INFORME N° 00 326 – MRC/RSCCE/ GERESA CUSCO - 2025.

A : DIRECTOR EJECUTIVO DE LA RED CANAS CANCHIS ESPINAR
MC. HENRY HUAMAN HUILLCA.

DE : JEFE DE LA MICRO RED DE 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° 0020 - 2025 G.R.CUSCO/DRSC/U.E. 401/SCCE/CLM- MR. COMBAPATA.

ATENCION : DIRECCIÓN DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD – COMITÉ DE LACTANCIA MATERNA.

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, C.S. Pitumarca, C.S. Tinta y C.S. Checacupe. Para lo cual se adjunta:

➤ **INFORME N° 0020 - 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.

Total (03) folios.

Atentamente.



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

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

27 AGO 2025


Ministerio de Salud
 Dirección de Salud Cusco
RED CANAS CANCHIS ESPINAR
 Reg. N° 9945
 Fecha: Hora: 08:50
 Folio: Registrador: ✓

DIRECCION GENERAL

Oras

- 9 Investigar e informar ()
- Preparar el informe ()
- Registrar en el sistema ()
- Observar en Archivo ()

Observaciones:

DIRECCION DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD

Fecha recepción: 28 AGO 2025 Hora:

Para: PP Dntzemo

- ◆ P. de Nut. ()
- ◆ P. de Ayuda Social ()
- ◆ P. de AT ()
- ◆ P. de Epidemiología ()
- ◆ P. de Promoción ()
- ◆ P. de Rehabilitación ()
- ◆ P. de Radiación ()
- ◆ P. de Vigilancia ()
- ◆ P. de Control ()
- ◆ P. de Salud Mental ()

1. Expediente ()
2. Copia ()
3. Copia ()





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; 26 de Agosto del 2025

INFORME N° 0020 - 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, C.S. Pitumarca, C.S. Tinta y C.S. Checacupe, 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 3, 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 AGOSTO.

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

Atentamente

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA CUSCO		FECHA	15/08/2025	HORA	9 00 a m
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		CS COMBAPATA		INFORME N°	03

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 hora/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 a'			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 adquisición de sucedáneos
	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 sucedáneos 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 Mínimas del Lactario	SI	NO	OBSERVACIONES
Existencia de lactario institucional	X		
Area no menor de 10m ²	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

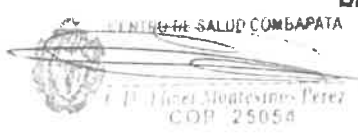
Firma y Sello de los Miembros de los Miembros del Comité.



 Lic. Liliana Huilca
 NUTRICIONISTA
 CNP: 4678



 Dra. Marlene L. Vondori Quispe
 Químico Farmacéutico
 CQFP 20887



DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2025
ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	15/08/2025	HORA:	8:00 AM
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)	3	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 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 año		3

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	
Atención 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 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 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 promoció 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 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		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"

- 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.



JACKY ANITA CORONADO
MEDICO CIRUJANO
COP. 108913



Edith Z. Valique Chalco
LIC. EN LACTANCIA
COP. 50102



MELBA ROSA LAUSPE
ODONTOLÓGICA
COP. 17190



Eliano Achahui Mercado
CRUJANO DENTISTA
COP. 23313

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN O RECERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO 2025

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

GERESA: CUSCO	FECHA	15/08/2025	HORA:	9:30 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 nacimiento) x 100 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	(10%)	RN que egresan con lactancia materna exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del ESS 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	No se encuentra ninguna publicidad de sucedaneos 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	
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 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 Nutrición 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 tetinas. 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

	SI	NO	OBSERVACIONES
Características Minimas del Lactario		X	
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		trípticos,
Cuenta con programa de capacitación para todo el personal que cumpla con 20 horas minimas 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.

Diana Leydi Esquivel Manya
 Diana Leydi Esquivel Manya
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.E.P. 120690

MINISTERIO DE SALUD
Olga Crasa Quispe
 Olga Crasa Quispe
 DNI 42708154
 PROFESIONAL TECNICO
 ASISTENCIAL DE LA SALUD

Luz M. Quispe Accostupa
 Luz M. Quispe Accostupa
 PSICÓLOGA
 C.P.S. 25800

Erica Trauco Caya
 Erica Trauco Caya
 NUTRICIONISTA
 C.N.P. 5861

Emilia Ferrando Sola
 Emilia Ferrando Sola
 COP. 22347
 OBSTETRA

ANEXO 4

FORMATO DE MONITOREO DE LACTANCIA MATERNA

DE EL SA CUSCO	FECHA	15/08/2025	HORA	10:00 a.m
ESTABLECIMIENTO DE SALUD	CS CHECACUPI		INFORME N	03

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 hora/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 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	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 sucedáneos
	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° de latas	Preparacion para neonatología					OBSERVACIONES No se prepara sucedáneos de leche materna
	Preparacion para los pacientes lactantes (hasta 24 meses)					

(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"

1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de formula, biberones y tetinas. Especificar el tipo de publicación (cualquier producto que promocioe el uso de las formulas)
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

FACTORES INSTITUCIONALES

	SI	NO	OBSERVACIONES
El establecimiento cuenta con un Comité de Lactario	X		
El Comité de Lactario cuenta con un representante institucional	X		
El Comité de Lactario cuenta con un representante de la U.F.	X		
El Comité de Lactario cuenta con un representante de los trabajadores	X		
El Comité de Lactario 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		
Realizar actividades de capacitación a los trabajadores para promover lactancia materna	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.F. 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 1 DR 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
- Seguiente 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 EISS)
- Socializar la Política Institucional de Lactancia Materna a los nuevos trabajadores del EISS
- 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


Lourdes Escudante Coll
 LIC. EN ENFERMERIA
 C.O.P. 47025


Honoria Medina Sison
 LIC. EN ENFERMERIA


Sadith Coramayo Rodriguez
 CIRUJANO DENTISTA
 COP. 23412 - RNE. 04968


 MINISTERIO DE SALUD