

PAUTAS PARA EL TRABAJO APLICATIVO N° 02

Curso para formación de facilitadores: lactancia Materna y Certificación de Establecimientos Amigos como estrategia en salud pública.

Aplicación de la metodología y los instrumentos de las evaluaciones internas y externas para la certificación y monitoreo de EESS Amigos de la Madre y el Niño que promueven y protegen la lactancia materna.

1. Presentación del trabajo

El trabajo tiene como finalidad evidenciar la aplicación práctica de los instrumentos de evaluación utilizados en el proceso de Certificación y Monitoreo de los Establecimientos de Salud Amigos de la Madre y el Niño, que promueven y protegen la Lactancia Materna, mediante el desarrollo de los Anexos [5; 5A; 5B; 6; 6A; 6B; 6C; 6D; 6E; 6F; 6G; 7; 7A; 7B; y 7C](#), aprobada con Resolución Ministerial N°353-2016/MINSA y la Ficha de Monitoreo (Anexo 4), conforme a la normatividad¹.

2. Objetivo:

Aplicar los instrumentos de evaluación para la certificación y monitoreo de los EESS Amigos de la Madre y el Niño, valorando el nivel de cumplimiento de los criterios establecidos para la promoción, protección y apoyo de la lactancia materna en el marco de la atención integral de la Madre y el Niño.

3. Aplicación del instrumento de certificación – Anexo C

El alumno deberá:

- Aplicar el Anexo 5 (5ª y 5B), 6, 7 (7 A, 7 B, y 7 C y la Ficha de Monitoreo (Anexo 4) como instrumentos de evaluación, simulando o describiendo su aplicación en un EESS.
- Evaluar el cumplimiento de los criterios y estándares para la certificación.
- Registrar los resultados de la evaluación de cada ítem, sustentando con evidencias objetivas.
- Identificar los criterios cumplidos, no cumplidos y en proceso, según corresponda.
- Debe presentar el Anexo 7C sellado y firmado.

4. Aplicación del instrumento de Ficha de Monitoreo – Anexo 4

El alumno deberá:

- Aplicar la Ficha de Monitoreo (Anexo 4).
- Analizar los resultados del monitoreo en relación con la lactancia materna y la atención materno-neonatal.
- Identificar brechas y formular acciones de mejora orientadas al mantenimiento o logro de la certificación.

5. Análisis e interpretación

- Analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de ambos instrumentos.
- Valorar el grado de avance del EESS en el proceso de certificación.
- Relacionar los hallazgos con la mejora de la calidad de atención y los resultados en salud materna y neonatal.

¹ Lectura: Directiva Administrativa para la Certificación de Establecimientos de Salud Amigos de la Madre, la Niña y el Niño - Directiva Administrativa N°201-MINSA/DGSP V.01. (R.M, N°609-2014/MINSA) y anexos.

6. Conclusiones

- Precisar los principales resultados de la aplicación de los instrumentos.
- Resaltar la importancia del uso sistemático de estos instrumentos como estrategia de mejora continua.

7. Recomendaciones

- Proponer recomendaciones técnicas basadas en los resultados de la evaluación y el monitoreo.
- Enfatizar la necesidad de fortalecer la gestión, capacitación del personal y seguimiento permanente.

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Modelos de Fichas y Anexos:

ANEXO 5A: HOJA DE DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD

		FECHA	
GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		RED	
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		MICRORD	
CATEGORÍA		PROCEDENCIA	
EQUIPO EVALUADOR			

TIPO DE SERVICIOS OFERTADOS A LA MADRE, LA NIÑA Y AL NIÑO HASTA 24 MESES

[Marque X según corresponda]

1. Consulta externa:

☐ Ginecología	☐ Crecimiento y Desarrollo
☐ Obstetricia	☐ Inmunizaciones
☐ Pediatría	☐ Nutrición
☐ Neonatología	☐ Lactancia Materna
☐ Otros (especificar):	

2. Centro Obstétrico, Centro Quirúrgico, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospitalización:

☐ Sala de trabajo de parto o dilatación.	☐ Unidades de cuidados intensivos neonatales.
☐ Sala de parto.	☐ Sala de atención en maternidad (Alojamiento Conjunto).
☐ Atención inmediata del Recién Nacido.	☐ Nutrición: Lactario de hospitalización.
☐ Sala de puerperio inmediato.	☐ Banco de leche humana.
☐ Sala de operaciones.	☐ Pediatría: hospitalización de niños lactantes de hasta 24 meses, según corresponda.
☐ Unidades de cuidados intermedios neonatales.	

3. Otros servicios:

☐ Farmacia.
☐ Nutrición.
☐ Almacén.

4. Lactario Institucional:

SÍ

☐

NO

☐

NA

☐

Firma

ANEXO 5B: PERSONAL DE LA SALUD DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD

En el siguiente cuadro se detallará el número total de personal de la salud que tiene responsabilidad directa en la atención de la madre, la niña y el niño hasta los 24 meses cumplidos y que laboran en las Unidad Productora de Servicios de Salud – UPSS de consulta externa, centro obstétrico, centro quirúrgico, unidad de cuidados intensivos, hospitalización, entre otros.

TIPO DE PERSONAL	NRO.	TIPO DE PERSONAL	NRO.
Médicos - Cirujanos Generales		Nutricionistas	
		Obstetras	
Ginecólogos		Enfermeras generales	
Pediatras		Enfermeras especializadas UCINT/UCIN	
Neonatólogos		Técnicas de enfermería	
Otro tipo de personal de la salud:			

Asimismo, se deberá detallar el resultado de los siguientes indicadores:

TIPO DE INFORMACIÓN SOLICITADA (ULTIMO AÑO)	CANTIDAD	FUENTE DEL DATO
N° de mujeres atendidas en el servicio de atención prenatal.		HIS (*)
N° de nacimientos en el establecimiento.		HIS (*)
Proporción de cesáreas del total de partos atendidos.		Egresos hospitalarios. Registro Sala de Operaciones.
Proporción de cesárea sin anestesia general del total de cesáreas.		
Proporción de cesárea con anestesia general del total de cesáreas.		
Proporción de egresos de UCIN del total nacidos en el establecimiento de salud.		Registro de egresos UCIN
Proporción de recién nacidos que iniciaron la lactancia materna dentro de la primera hora de nacido.		SIP. Registro de egreso. Hoja CLAP, cuaderno de intermedios o intensivos
Proporción de recién nacidos que fueron amamantados exclusivamente (o alimentados con leche materna extraída) desde el nacimiento hasta el alta.		
Proporción de embarazadas que recibieron prueba y consejería para VIH.		HIS (*) Monitoreo ETS VIH/SIDA (**)
Proporción de madres VIH positivas al momento del parto.		

(*) HIS: HEALTH INFORMATION SYSTEM = Sistema de Información de Salud.

(**) EITS VIH/SIDA: Enfermedades e infecciones de transmisión sexual, virus de inmunodeficiencia humano, Síndrome de inmunodeficiencia adquirido.

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE		A 1
GERESA/DIRESA/		FECHA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
EQUIPO EVALUADOR		
Edad de la gestante: _____ ¿Cuántas semanas de embarazo tiene?: _____ <i>(Si la mujer tiene menos de 18 semanas de embarazo, agradecer y no realice la entrevista)</i>		
A. Preguntas acerca de sus experiencias durante el embarazo		
¿Cuántas atenciones prenatales tuvo usted en el establecimiento de salud para su atención antes de dar a luz? _____ consultas. <i>(Si la mujer reporta que no ha sido vista dos o menos veces agradecer y no realice la entrevista)</i>		
A1	¿El personal de la salud le ha informado que puede tener un acompañante (padre u otra persona) durante el trabajo de parto, el parto y para apoyar a la lactancia materna?	☐ Sí ☐ No
A2	¿Le dijeron el por qué sería de ayuda la presencia de un acompañante?	☐ Sí ☐ No
Resumen (A1-A2): Se reporta que el personal dijo que pueden tener acompañante. Los acompañantes brindan apoyo físico y emocional. ☐ Sí ☐ No		
A3	Durante estas consultas ¿habló el personal de la salud con usted (individualmente o en grupo) acerca de cómo alimentar a su bebé?	☐ Sí ☐ No
A4	¿El personal de la salud le ha informado por qué es importante el contacto piel a piel inmediatamente después del parto? Puntos claves (2 necesarios)	☐ Mantiene al bebé caliente. ☐ Calma a la madre/bebé. ☐ Ayuda y fortalece el vínculo madre-bebé. ☐ Buen inicio para la lactancia materna. ☐ Estimula la lactancia materna a demanda. ☐ Regula la frecuencia cardíaca y la respiración.
A5	¿El personal de la salud le ha informado por qué es importante tener cerca a su bebé todo el tiempo que le sea posible, tener un alojamiento conjunto las 24 horas del día? Punto clave (1 necesario)	☐ El bebé aprende a reconocerme. ☐ Me permite alimentarlo cuando él quiera. ☐ Puedo aprender pautas para su alimentación. ☐ Puedo aprender cómo manejar y acomodar al bebé.
A6	¿El personal de la salud le ha informado sobre dar agüitas, juguitos, mates, fórmulas u otros suplementos a su bebé en sus primeros meses si está amamantando y por qué? Puntos claves (2 necesarios)	☐ No debería dar fórmulas en los primeros 6 meses si estoy amamantando. ☐ Las fórmulas disminuyen el deseo del bebé para amamantar y disminuye la producción de leche. ☐ Las fórmulas incrementan el riesgo de infección. ☐ Las fórmulas reducen el efecto protector de la lactancia materna. ☐ Las fórmulas aumentan el riesgo de obesidad. ☐ Si se usan biberones, es posible que sea por un patrón inadecuado de succión al mamar.
Resumen (A3-A6): La gestante entrevistada puede recordar información básica presentada o discutida con el personal de la salud (responde tres preguntas adecuadamente). ☐ Sí ☐ No		

ANEXO 6B: ENTREVISTA A PUÉRPERA		B 1
GERESA/DIRESA/DISA/IGSS		FECHA
ESTABLECIMIENTO DE SALUD		
EQUIPO EVALUADOR		
Edad: _____ Tipo de Parto: _____		
B. Preguntas acerca del nacimiento y del periodo del parto y puerperio		
¿Cuándo nació su bebé? Fecha _____ Hora aproximada: _____ Peso al nacer: _____ <i>(Verifique la fecha y la hora. Si la madre no ha dado a luz por lo menos 6 horas antes, agradecer y no continúe con la entrevista)</i>		
¿Qué tipo de parto tuvo usted? ☐ Normal (vaginal), ☐ Cesárea sin anestesia general, ☐ Cesárea con anestesia general.		
B1	Si el parto es vaginal o cesárea sin anestesia general ¿Cuánto tiempo después del nacimiento le entregaron a su bebé por primera vez?	☐ Inmediatamente. ☐ Dentro de los primeros 5 minutos. ☐ Dentro de la primera media hora. ☐ Dentro de la primera hora. ☐ Otros: (¿Cuánto tiempo después del nacimiento?) _____ ☐ No lo recuerda. ☐ Todavía no se lo han dado (precisar el tiempo transcurrido entre el parto y la entrevista).
B2	Si tomó más de 5 minutos para que usted tuviera a su bebé después del nacimiento, ¿Sabe cuál fue la razón? (Si hubo demora, verifique la razón médicamente justificada. Controle con el personal más tarde, si es necesario)	☐ Mi bebé necesitó ayuda/observación. ☐ Yo no quería tener a mi bebé o no tenía la energía. ☐ No me entregaron a mi bebé, no sé por qué. (Algo más?): _____
B3	¿Cómo sostuvo a su bebé la primera vez?	☐ En contacto piel a piel. ☐ Envuelto o con ropa.
Resumen (B1-B3): El bebé fue entregado inmediatamente o en < 5 minutos después de dar a luz y hubo contacto piel a piel. En caso contrario el retraso está justificado médicamente. ☐ Sí ☐ No		
B4	Si fue cesárea con anestesia general, ¿Cuánto tiempo después de estar receptiva y alerta tardó para que le entregaran al bebé? _____ <i>(Verifique, si es necesario en la historia clínica)</i>	☐ Fue menos de 10 minutos. ☐ Si ☐ No (Si la respuesta es "No" continúe con la siguiente pregunta)
B5	¿Conoce la razón por la que su bebé no le fue entregado inmediatamente después de que usted se encontrara alerta? (con justificación médica). ☐ No	(Si es "Sí", determinar por qué y si el retraso fue por una razón médicamente justificada, verifique con el personal de la salud más tarde, si fuera necesario)
Resumen (B4-B5): Si le fue entregado antes de los 10 minutos después de que la madre se encontrara receptiva y alerta o el retraso en el contacto fue justificado médicamente. ☐ Sí ☐ No		
B6	¿Hubo contacto piel a piel entre su bebé y usted en ese tiempo? ☐ Sí ☐ No	(Si "Sí", si el bebé no está envuelto sobre la madre)
B7	Esa primera vez, ¿Cuánto tiempo estuvo su bebé en el contacto piel a piel? min./ hora(s)	☐ Fueron 60 minutos o más. ☐ Si ☐ No (Si es "No", continúe con la siguiente pregunta)
B8	¿La razón para terminar este periodo de contacto de piel a piel antes de los 60 minutos fue por justificación médica? (Si compruebe con el personal de la salud si fuese necesario). ☐ No	Si la respuesta es "No", describa: _____
Resumen (B6-B8): La madre estuvo en contacto piel a piel por 60 minutos o más sin separación, o el bebé ☐ Sí ☐ No		

ANEXO 7A

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

7 A

DIRECTIVA ADMINISTRATIVA No. 201 – MINSA/DGSP. V.01
DIRECTIVA ADMINISTRATIVA PARA LA CERTIFICACIÓN DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD AMIGOS DE LA MADRE, LA
NIÑA Y EL NIÑO

PASO 3. ENTREGA DE INFORMACIÓN A GESTANTES					
COMPONENTES	FUENTE DE VERIFICACIÓN	UMBRAL DE CALIFICACIÓN	CALIFICACIÓN		
			SI	NO	N.A.
El establecimiento de Salud tiene al menos un servicio de atención prenatal donde ofrece la consejería de lactancia materna.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Existe en la atención prenatal un registro de la consejería de Lactancia Materna (historia clínica, HIS, cuaderno, formato u otros).	SI: Existe el registro. NO: No existe el registro. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		
En el consultorio de control prenatal, se brinda consejería a las gestantes y a su familia acerca de la importancia de la lactancia, de los riesgos de no amamantar, de proporcionar sucedáneos, biberones, chupones, suplementos alimenticios y materiales para la alimentación artificial. Asimismo, conocen la importancia de dar de lactar durante la primera hora de vida de su recién nacido, del contacto piel a piel, el pinzamiento oportuno del cordón umbilical, alojamiento conjunto y la lactancia materna a libre demanda.	ENTREVISTA Gestantes entrevistadas conocen la importancia de todo lo mencionado anteriormente. Resumen (A3-A6) del ANEXO 6A: ENTREVISTA A GESTANTE)	SI: Conocen la importancia y los riesgos de no amamantar y reciben ayuda. NO: Desconocen y no reciben ayuda. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.		X	
Los registros prenatales incluyendo la historia clínica indican si dan consejería en lactancia materna a las gestantes.	OBSERVACIÓN Y REVISIÓN DOCUMENTARIA Está registrada la consejería en lactancia materna en la historia clínica u otro documento de atención prenatal.	SI: Está registrado en historia clínica u otro documento. NO: No se encuentran registros prenatales. NA: Si el establecimiento de salud no cuenta con consultorio ni personal de la salud que brinde atención prenatal.	X		

ANEXO 7B

RESUMEN		CALIFICACIÓN LOGRADA: SÍ, NO, NA										TOTAL, CALIFICACIÓN			Resultado Final.
		Entr	Entr	Entr	Entr	Entr	Entr	Entr	Entr	Entr	Entr				(%)
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10				
Entrevista a Gestantes	Resumen A1-A2	SI	SI	NO	SI	SI	SI	NO	NO	SI	NO	6	4		60%
	Resumen A3-A6	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	NO	NA	7	2	1	80%

ANEXO 7C: ACTA FINAL DE CALIFICACIÓN PARA LA CERTIFICACIÓN COMO ESTABLECIMIENTO DE SALUD AMIGO DE LA MADRE, LA NIÑA Y EL NIÑO

GERESA/DIRESA/DISA/IGSS					
ESTABLECIMIENTO DE SALUD					
Siendo el DIA....., se levanta el acta con los resultados de la evaluación externa para la certificación como establecimiento de salud amigo de la madre, la niña y el niño.					
CRITERIO	COMPONENTES	N° componentes	N° criterios evaluados		
			SÍ	NO	N.A.
C1: 10 PASOS PARA UNA LACTANCIA MATERNA EXITOSA (75%)	Paso 1: Existencia de una Política escrita de Promoción y Protección de la lactancia	10	08	01	01
	Paso 2: Capacitación del personal de la salud	7	05	02	00
	Paso3: Entrega de información a gestantes	6			
	Paso 4: Realización del contacto piel a piel	9			
	Paso 5: Mostrar a las madres cómo amamantar y cómo mantener la lactancia aún si ellas deben separarse de sus hijos.	7			
	Paso 6: No dar a los recién nacidos alimentos o líquidos que no sean leche materna.	5			
	Paso 7: Alojamiento conjunto durante la estancia en el establecimiento de salud	3			
	Paso 8: Lactancia materna a libre demanda	3			
	Paso 9: No dar chupones ni biberones a recién nacidos	3			
	Paso 10: El establecimiento brinda apoyo continuo y tiene contacto con Grupos de Apoyo	6			
	[59] Sub total C1:		50	08	01
C2: PUBLICIDAD Y ADQUISICIONES DE SUCEDÁNEOS DE LA LECHE MATERNA, BIBERONES Y TETINAS (15%)	I. No hay publicidad ni se distribuye muestras gratuitas de sucedáneos de leche materna	7			
	II. El establecimiento de salud no recibe donaciones ni adquiere sucedáneos a precios rebajados	Adquisición directa	2		
		Donaciones	3		
	[12] Sub total C2:		07	03	02
C3: IMPLEMENTACION DEL LACTARIO (10%)	I. Existencia del lactario	2			
	II. Características del lactario según normatividad	5			
	[7] Sub total C3:		07	00	00
RESULTADO FINAL	C1= $\frac{(N^{\circ}50 - N^{\circ}01 - 01) \times 100}{(N^{\circ}50 + N^{\circ}08 + N^{\circ}01)} \times (0.75) = 59$	C2= $\frac{(N^{\circ}07 + N^{\circ}02 - 0) \times 100}{(N^{\circ}07 + N^{\circ}03 + N^{\circ}02)} \times (0.15) = 12$	C3= $\frac{(N^{\circ}51 + N^{\circ}NA = 7) \times 100}{(N^{\circ}51 + N^{\circ}NO + N^{\circ}NA)} \times (0.10) = 7$		86.08%
	TOTAL (C1+C2+C3): C1=64.83% C2=11.25% C3= 10%				

“Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres”
“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

ANEXO 4
FICHA DE MONITOREO EN LACTANCIA MATERNA

Comité Técnico Institucional para la Promoción y Protección de la Lactancia Materna "FORMATO DE MONITOREO EN LACTANCIA MATERNA"						
DIRESA / DISA		FECHA:	HORA			
Establecimiento de Salud		Informe N°				
INFORMACION ESTADISTICA (del año anterior)						
Número de nacimientos en el establecimiento en un año (incluye todos 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 1ra Hora (N° de RN que inician LM dentro la 1ra hora/Total de nacimientos) x 100 en un año		RN que egresan con LM Exclusiva (LME) (N° de RN que egresan del EESS con LME / Total de nacimientos) x 100 en un año				
REGlamento de Alimentación Infantil						
Publicidad y Disponibilidad de sucedáneos de la leche materna (fórmulas), biberones, y tetinas (Registre en el cuadro)						
SERVICIO VISITADO / AREA VISITADA (Observación)	FORMULAS			Publicidad		INFORMACION ADICIONAL (**)
	Cantidad	Marca	No Hay	Tipo de publicidad	No Hay	
Atención Pre Natal						
Atención Integral CRED						
Consultorio de Pediatría						
Hospitalización, Neonatología y Pediatría						
Neonatología						
Maternidad (puerperio)						
Nutrición						
Farmacia						
Adquisición de sucedáneos de la leche materna (fórmulas)						
Revisión documentaria (pecosa, factura) (marque con una X en el rubro correspondiente)	Donación			OBSERVACION		
	Adquisición directa					
	Adquisición directa por la madre					
Preparación de sucedáneos de leche materna						
Servicio de Nutrición Estime la cantidad de fórmula requerida en un mes en N° de latas	Preparación solo para Neonatología			OBSERVACION		
	Preparación para pacientes lactantes (hasta 24 meses)					
(**) EN LA COLUMNA "INFORMACION ADICIONAL"						
1. Registre la presencia de visitantes o distribuidores de fórmulas, biberones y tetinas. Especifique el tipo de publicidad (cualquier producto que promueva el uso de fórmulas) 2. En caso de zonas no observadas por ser de ingreso restringido, registre nombre y apellido de la persona responsable. 3. De ser el caso, solicite una Historia Clínica (HC) al azar de los recién nacidos que no reciben lactancia materna, para verificar la justificación médica del uso del sucedáneo. Describa el motivo de uso y anote el N° de HC. 4. En caso de hospitalización de neonato (<28 días) y lactantes (hasta los 24 meses), registrar, si lo permite la madre acompañante o espacio para que las madres extraigan su leche para ser administrada a sus bebés. 5. Si la madre trae fórmulas, tratar de conseguir la evidencia: la receta del médico						

LACTARIO INSTITUCIONAL			
Características mínimas de Lactario	Si	No	Observaciones
Existencia de Lactario Institucional			
Área no menos de 10 m ²			
Cuenta con un lavabo dentro/dentro del área y con jabón líquido			
Garantiza privacidad y seguridad			
Garantiza comodidad a la mujer trabajadora para la extracción de la leche			
Ubicado en lugar accesible para las mujeres que laboran en el establecimiento			
Realiza actividades de capacitación a las trabajadoras para promover el uso del lactario			
Las mujeres trabajadoras usuarias están satisfechas con el lactario			
EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES" 1. De ser el caso, puede registrar detalles adicionales para explicar de mejor manera alguna de las características elegidas en la implementación de los lactarios. 2. De ser posible, entreviste a una trabajadora usuaria del lactario, si ha sido informada sobre sus derechos, si es apoyada en sus labores cuando requiere usar el lactario, si se siente satisfecha con las condiciones y espacios que ofrece el lactario de su centro laboral.			
LA PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA LACTANCIA MATERNA EN EL ESTABLECIMIENTO DE SALUD			
Criterios	Tipo de Doc./ Tipo de Mat.	No	OBSERVACIONES
Cuenta con Comité de Lactancia Materna			
Tiene una política escrita (Directiva) para la promoción y protección de la lactancia materna			
Cuenta con merchandising de lactancia materna			
Cuenta con un programa de capacitación para todo el personal que cumple con sus 20 horas mínimo e incluye 3 horas de práctica.			
Cuenta con materiales de capacitación			
Cuenta con al menos un(a) consejero(a) en lactancia materna capacitado(a)			
EN LA COLUMNA "OBSERVACIONES" 1. En tipo de Documento: detalle si es una Resolución Directoral, Memorandum, etc. 2. Si cuenta con Merchandising y/o materiales de capacitación de LM, registre el tipo de piezas educativo-comunicacionales.			
Apreciaciones generales, Recomendaciones			
FIRMA(S)			
NOMBRES Y APELLIDOS			
DNI			