



Resolución Administrativa

Puente Piedra, 13 de noviembre del 2023

Visto:

Visto el Expediente N° 6030 que contiene el Memorandum N° 1063/20/2023-DENF-HCLLH/MINSA, emitido por la Jefa del Departamento de Enfermería y el Informe N° 237-11/2023-ETGE-CA-UP-HCLLH/MINSA, del Equipo de Gestión del Empleo – Control de Asistencia, sobre permiso por Lactancia materna, a favor de la servidora Lucrecia Sofia Rosario Arroyo y;



CONSIDERANDO:

Que, el numeral 1.1 del artículo 1 de la Ley N° 27591, modificado por la Ley N° 28731, establece que la madre trabajadora tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que su hijo tenga un año de edad. Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada y en ningún caso será materia de descuento;

Que, el artículo único de la Ley N° 27103, precisa que la hora diaria de permiso por lactancia materna, se considera efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyéndose el goce de la remuneración correspondiente;

Que, de acuerdo con el Artículo 1° de la Ley N° 28731 Ley Que amplía la duración del Permiso por Lactancia Materna establece: La madre trabajadora, al término del periodo postnatal, tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que su hijo tenga un año. En caso de parto múltiple, el permiso por lactancia materna se incrementará una hora más al día. Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral, en ningún caso será materia de descuento;

Que, por Resolución Ministerial N° 0132-92-SA-P Reglamento de Control de Asistencia y Permanencia del personal del Ministerio de Salud, establecen las condiciones para el otorgamiento del permiso de una hora por lactancia;



Que, de acuerdo con el artículo 32° Permisos; del Reglamento Interno de los Servidores Civiles aprobado mediante Resolución Directoral N° 095-05/2023-HCLLH/SA manifiesta que Los permisos se otorgan a solicitud de el/la servidor/a que no pueda cumplir con su jornada diaria de servicio hasta un máximo de ocho (08) horas y su otorgamiento está condicionado a las necesidades institucionales, salvo aquellas que deben ser otorgadas por ley, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en la misma. La Unidad de Personal elabora y aprueba los formatos correspondientes para que los/las servidores/as puedan presentar sus solicitudes de permisos;

Que, asimismo el Artículo 33° del mencionado reglamento interno de Servidores Civiles, son permisos con compensación económica en el inciso b) Por lactancia, conforme a la Ley N° 27240;

Que mediante Memorándum N° 1063/10/2023-DENF-HCLLH/MINSA, la Jefa del Departamento de Enfermería remite la solicitud de permiso por lactancia, de la servidora LUCRECIA SOFIA ROSARIO ARROYO con cargo Enfermera Nivel 10, en el cual dicho permiso se hará efectivo 02 horas antes de su salida, a partir del 31 de octubre del 2023 hasta el 27 de mayo del 2024, adjuntando para tal efecto copia del Documento Nacional de Identidad N° 93402556, de su menor hija Tamara Cayetana Ortiz Rosario y Documento Nacional de Identidad N° 93402560, de su menor hijo Benjamín Yusuf Ortiz Rosario expedidos por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil;

Que, mediante INFORME N° 237-11/2023-ETGE-CA-UP-HCLLH/MINSA, el Equipo de Gestión del Empleo- Control de Asistencia emite que es procedente la solicitud de permiso por lactancia materna, formulada por la servidora Lucrecia Sofia Rosario Arroyo y autorizado por la jefa del Departamento de Enfermería, señalando que esta acción administrativa se encuentra enmarcada dentro de la normatividad legal vigente;

Que, de la revisión de los actuados se aprecia que lo solicitado por la servidora se encuentra regulado por la normativa antes citada y que la procedencia con eficacia anticipada está debidamente acreditada, dado que, no solo le es favorable en cuanto a sus derechos económicos y laborales, sino que, no colisiona con derechos fundamentales ni con intereses de buena fe legalmente protegidos de terceros, configurándose de este modo el supuesto de hecho justificado a que se refiere el numeral 17.1 del artículo 17 del Texto Único Ordenado de la Ley N° 27444, Ley del Procedimiento Administrativo General;

Con la visación del Jefe del Equipo de Trabajo de Gestión del Empleo de la Unidad de Personal y del Jefe de la Unidad de Personal; y,

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 27591 Ley que otorga Permiso por Lactancia Materna, modificado por la Ley N° 28731; Ley N° 27403, Ley que precisa los alcances del Permiso por Lactancia Materna; el Decreto Legislativo N° 276, Ley de Bases de la Carrera Administrativa y de Remuneraciones del Sector Público; el Decreto Supremo N° 005-90-PCM y la Resolución Directoral N° 0132-92-SA-P, que aprueba el Reglamento de Control de Asistencia y Permanencia del Personal del Ministerio de Salud; y el texto Único Ordenado de la Ley N° 27444 y la Resolución Ministerial 026-2023/MINSA, Artículo 12° numeral 12.2 la misma que delega facultades y atribuciones para la expedición de resoluciones sobre acciones de Personal entre otros la Licencia y Permisos;



SE RESUELVE:

Artículo 1°.-CONCEDER, en vías de regularización y con goce de remuneraciones, permiso por lactancia materna a la servidora nombrada **Lucrecia Sofia Rosario Arroyo** con el cargo de Enfermera, Nivel 10 del Departamento de Enfermería, por dos (2) horas antes a la salida de su jornada laboral, desde el 31 de octubre del 2023 al 27 de mayo del 2024 (fecha exacta que sus menores hijos cumple el año de edad).

Artículo 2°.- NOTIFICAR, la presente Resolución Administrativa a la servidora **Lucrecia Sofia Rosario Arroyo** para los fines pertinentes de acuerdo con lo solicitado.

Regístrese y Comuníquese;

MVCH/CYER/amjc.
C.c. Interesada (1)
C.c. Departamento de Enfermería
-C.c. Unidad de Personal (1)
-C.c. Gestión del Empleo (3)
-C.c. Gestión de Relaciones Humanas y Sociales
-C.c. Archivo

PERU MINISTERIO DE SALUD HOSPITAL CARLOS LUIS RIBCO LA CRUZ UNIDAD DE PERSONAL
Lic. Adm. Maria Villavicencio Chacaltana
JEFA DE LA UNIDAD DE PERSONAL



PERÚ

Ministerio de Salud

Viceministerio de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

Hospital Carlos Lanfranco La Hoz



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

INFORME N° 237 -11/2023-ETGE-CA-UP-HCLLH/MINSA

A : LIC. ADM. MARIA DEL CARMEN VILLAVICENCIO CHACALTANA
Jefa de la Unidad de Personal
Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz"

Asunto : Permiso por Lactancia Materna de la servidora nombrada
Lucrecia Sofia Rosario Arroyo

Referencia : Memorándum N° 1063/10/2023-DENF-HCLLH/MINSA

Fecha : Puente Piedra, 10 de noviembre del 2023.

Por medio del presente me dirijo a Usted, para saludarlo cordialmente y a la vez en atención al documento de la referencia emitido por el Departamento de Enfermería sobre permiso por Lactancia Materna de la servidora nombrada Lucrecia Sofia Rosario Arroyo al respecto debo informarle lo siguiente:

I. ANTECEDENTES:

- 1.1 Ley N° 27240 Ley que otorga permiso por lactancia materna.
- 1.2 Ley N° 28731 Ley que amplía la duración del permiso por lactancia materna.
- 1.3 Resolución Directoral N° 095-05/2023-DE-HCLLH/MINSA, que aprueba el Reglamento Interno de los Servidores Civiles – RIS del Hospital "Carlos Lanfranco la Hoz".

II. ANALISIS:

- 2.1 Que, el artículo 1° de la Ley N° 27240, Ley que otorga permiso por lactancia materna, modificada por la Ley N° 28731 que establece que: La madre trabajadora al término del período post natal tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna hasta que su hijo tenga un año. En caso de parto múltiple, el permiso por lactancia materna se incrementará una hora más al día Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral."
- 2.2 Que, de acuerdo con el Artículo 1° de la Ley N° 28731 Ley Que amplía la duración del Permiso por Lactancia Materna establece: La madre trabajadora, al término del periodo postnatal, tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que su hijo tenga un año. En caso de parto múltiple, el permiso por lactancia materna se incrementará una hora más al día. Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral, en ningún caso será materia de descuento.
- 2.3 En ese sentido de acuerdo con el artículo 1.2 de la Ley N° 28731 manifiesta de igual forma: la madre trabajadora y su empleador podrán convenir el horario en que se ejercerá el derecho establecido en el párrafo precedente.





PERÚ

Ministerio
de Salud

Ministerio
de Promoción
y Desarrollo Social

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

- 2.4 Asimismo, en el artículo 1.2 la madre trabajadora y su empleador podrán convenir el horario que se ejercerá el derecho establecido en el párrafo precedente.
- 2.5 Que, el artículo único de la Ley N° 27403, precisa que la hora diaria de permiso por lactancia materna, se considera como efectivamente laborada para todo efecto legal, incluyéndose el goce de la Remuneración correspondiente.
- 2.6 Que, de acuerdo con el artículo 32° Permisos; del Reglamento Interno de los Servidores Civiles aprobado mediante Resolución Directoral N° 095-05/2023-HCLLH/SA manifiesta que Los permisos se otorgan a solicitud de el/la servidor/a que no pueda cumplir con su jornada diaria de servicio hasta un máximo de ocho (08) horas y su otorgamiento está condicionado a las necesidades institucionales, salvo aquellas que deben ser otorgadas por ley, previo cumplimiento de las condiciones establecidas en la misma. La Unidad de Personal elabora y aprueba los formatos correspondientes para que los/las servidores/as puedan presentar sus solicitudes de permisos.
- 2.7 En ese sentido, de acuerdo al Artículo 33° son permisos con compensación económica:
- a) Por razones de salud debidamente acreditada con el documento emitido por el médico tratante o aquel documento que acredite de forma fehaciente la atención de salud recibida.
 - b) **Por lactancia, conforme a la Ley N° 27240**
 - c) Por capacitación, cuando se encuentre en el Plan de Desarrollo de Personas de la entidad dentro del marco de la normatividad vigente.
 - d) Por citación expresa administrativa, judicial, fiscal, militar o policial.
 - e) Onomástico.
 - f) Otras que establezca la ley. En el caso de los supuestos de los permisos con goce de compensación económica, el/la servidor/a presenta su solicitud ante el/la responsable del órgano o de la unidad orgánica en la que presta servicios, a quien le corresponde evaluar la solicitud y autorizar, de ser el caso, así como poner en conocimiento de la Unidad de personal, a través de un documento, correo institucional y otro medio establecido, dentro de un máximo de un (1) día posterior de emitida la autorización, adjuntando la documentación respectiva que la sustente.

En dicha solicitud deberá indicar la hora en que hora uso de este permiso pudiendo ser al inicio o al término de la jornada laboral; así como adjuntar la partida de nacimiento o copia de DNI, expedido por el Registro Nacional de Identificación y Estado Civil.

- 2.6 De acuerdo con el documento de la referencia el Departamento de Enfermería adjunta la solicitud presentada por la servidora nombrada **Lucrecia Sofia Rosario Arroyo** con el cargo de Enfermera Nivel 10, el cual solicita se le conceda permiso por horario de lactancia (02 horas) antes de su salida de su jornada laboral, teniendo un horario de 07:30 a 19:30 (horario asistencial).





PERÚ

Ministerio
de Salud

Viceministerio
de Prestaciones y
Aseguramiento en Salud

Hospital
Carlos Lanfranco La Hoz

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año de la Unidad, la Paz y el Desarrollo"

III. CONCLUSIONES:

- 3.1 Que, de acuerdo con el Artículo 1° de la Ley N° 28731 Ley Que amplía la duración del Permiso por Lactancia Materna establece: La madre trabajadora, al término del periodo postnatal, tiene derecho a una hora diaria de permiso por lactancia materna, hasta que su hijo tenga un año. **En caso de parto múltiple, el permiso por lactancia materna se incrementará una hora más al día.** Este permiso podrá ser fraccionado en dos tiempos iguales y será otorgado dentro de su jornada laboral, en ningún caso será materia de descuento.
- 3.2 Por tal razón de acuerdo con la documentación presentada y justificada por la servidora nombrada **LUCRECIA SOFIA ROSARIO ARROYO** y contando con la aprobación de su jefa del Departamento de Enfermería, es procedente que la servidora haga uso de su horario de lactancia con eficacia anticipada al 31 de octubre del 2023 hasta el 27 de mayo del 2024, en el rango de dos horas antes de su salida de su jornada laboral. Toda vez que su horario es de la siguiente manera: (07:30 – 19:30hrs).
- 3.3 Asimismo, hay que indicar que la fecha de término de su permiso de hora de lactancia es cumplida exactamente 01 año de edad sus menores hijos.
- 3.4 Se recomienda proyectar el acto resolutivo correspondiente de acuerdo con la solicitud presentada, con la finalidad de hacer conocimiento a los equipos de trabajo correspondiente y ser notificado a la trabajadora.

Sin otro particular, es todo cuanto informo a usted.

Atentamente,

PERÚ Ministerio de Salud HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
UNIDAD DE FISIOTERAPIA
Bach. Adm. German Yessica Elías Rodríguez
JEFA DE EQUIPO DE TRABAJO

CYER/amjc.
c.c.-Archivo



HOJA DE ENVÍO DE LA UNIDAD DE PERSONAL

REGISTRO DE LA UNIDAD DE PERSONAL N° 6030

BASE A:	PARA:	FECHA:	REMITIDO
ETGE	6	13.10.2023	
Andrea	2.6.14	16.10.23	

- | | | |
|--------------------|------------------------|-------------------------|
| 1. APROBACIÓN | 6. POR CORRESPONDERLE | 11. ARCHIVAR |
| 2. ATENCIÓN | 7. PARA CONVERSAR | 12. ACCIÓN INMEDIATA |
| 3. SU CONOCIMIENTO | 8. ACOMPAÑAR ATENCIÓN | 13. PREPARAR CONTESTAC |
| 4. OPINIÓN | 9. SEGÚN LO SOLICITADO | 14. PROYECTO RESOLUCION |
| 5. INFORME | 10. TOMA NOTA Y DEVOL | 15. VER OBSERVACIONES |

Observaciones: Informe N° 237

RENDA #11111



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

MEMORANDUM N° 1063/10/ 2023- DENF-HCLLH/MINSA

A : Lic. Adm. Maria Villavicencio Chacaltana
Jefe de la Unidad de Personal
Hospital Carlos Lanfranco la Hoz

ASUNTO : APROBACION DE SOLICITUD DE USO HORA DE LACTANCIA MATERNA

FECHA : Puente Piedra, 11 de Octubre del 2023

Sirva el presente para saludarle cordialmente, y a la vez hacer de su conocimiento que la **Lic. Enf. LUCRECIA SOFIA ROSARIO ARROYO (Nombrada)**, solicita hacer uso de sus dos horas de lactancia materna por haber tenido parto múltiple a partir del 31/10/2023 en el horario de salida de su jornada laboral, hasta que su menores hijos cumpla un 1 año de edad. Motivo por el cual informo a Usted para su conocimiento y fines pertinentes.

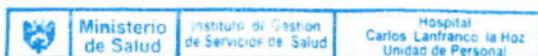
✧ Se adjunta solicitud de la interesada.

Sin otro particular me despido de Usted, siendo propicio la ocasión para reiterarle los sentimientos de mi estima y mi consideración.

Atentamente;



Lic. Justina L. Rojas Sedano
CEP 23077 / RNE 22425
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA



EQUIPO DE GESTIÓN DEL EMPLEO



JRS/ yav
Cc. Archivo





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



SOLICITO: Permiso diario de 2 horas por lactancia (Ley N° 28731)

SEÑORES HOSPITAL CARLOS LANFRANCO LA HOZ
LIC. JUSTINA ROJAS SEDANO
JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA
Presente.-

Yo, **LUCRECIA SOFÍA ROSARIO ARROYO**, Identificada con **DNI N° 10071990**, Licenciada de Enfermería y con, domicilio en Pasaje San José Cercado de Puente Piedra Mz. 2 Lt. 20 - Distrito de Puente Piedra, ante usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, **SOLICITO PERMISO DIARIO DE 2 HORAS POR LACTANCIA** (Ley N° 28731), por haber tenido parto múltiple, y tener que ver por el bien de mis menores bebés de **4 meses y 1 semana** de nacidos, además que mis dos menores niños ya que nacieron con prematuridad. Dicho permiso lo requiero a partir del día **31 de octubre del 2023** hasta que mis bebés cumplan la edad de 01 año.

<<<<

Adjunto:

- Acta de nacimiento de ambos menores
- DNI de menores
- Copia de huella plantar de ambos
- Copia de DNI de la suscrita

POR LO EXPUESTO:

Sírvase acceder a mi petición por ser legal y justarse a mi derecho.

Puente Piedra, 11 de octubre del 2023

Atentamente,

LUCRECIA SOFÍA ROSARIO ARROYO
DNI N° 10071990
Cel: 987882923
Email: lucreciasra@gmail.com





EsSalud		IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO	
RED PRESTACIONAL SAGAL		SERVICIO DE NEONATOLOGIA	
2266 TAMIZAJE	LABORIO TAMIZAJE CALC	CARDIACO	BCG
			29.05.2023
			HVB

ACTO MEDICO: 10180840 N° CAMA: 231 B
 RN: ORTIZ ROSARIO G SEXO: femenino
 MADRE: ROSARIO ARCEPO LUCCIA DNI: 10071990
 N° DE HIJO: 01 FECHA: 27-5-2023 HORA: 16.38
 PESO NAC: 2231 PESO AL ALTA: _____ T°: 36.5
 TALLA: 46 PC: 32 PT: 29 PA: 27
 PARTO: Cesarea GRUPO RH: _____
 EG: 35 APGAR: 1 8 5 9 10 _____
 MEDICO: DY: ANAYA ENFERMERA: lic: Margarita
 CODIGO SAP: 050020766

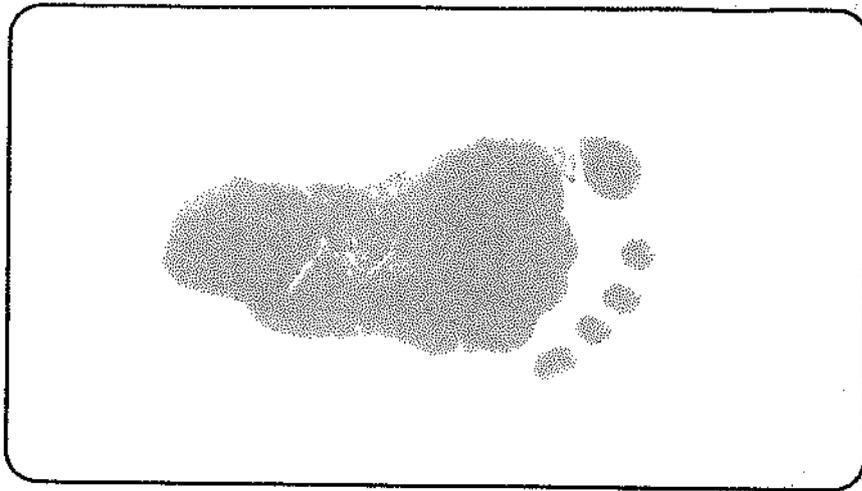
HUELLA PLANTAR





07

HUELLA PLANTAR



 EsSalud RED PRESTACIONAL SABOGAL		IDENTIFICACION DEL RECIEN NACIDO SERVICIO DE NEONATOLOGIA		
TAMIZAJE	METABOLICO <u>30/5</u>	CARDIACO -	BCG <u>29-05-2023</u>	HVB -
ACTO MEDICO:	<u>021516</u>	<u>10180856</u>	Nº CAMA: _____	
RN:	<u>ORTIZ ROSARIO</u>		GII SEXO: <u>Masculino</u>	
MADRE:	<u>ROSARIO AREYO LUCRECIA</u>		DNI: <u>10071990</u>	
Nº DE HIJO:	<u>02</u>	FECHA:	<u>27-05-23</u>	HORA: <u>16:40</u>
PESO NAC:	<u>1618</u>	PESO AL ALTA:	<u>1740gr</u>	Tº: <u>36</u>
TALLA:	<u>42</u>	PC:	<u>30</u>	PT: <u>25.5</u> PA: <u>23</u>
PARTO:	<u>Distocico</u>		GRUPO RH: <u>0 RA(+)</u>	
EG:	<u>39s</u>	APGAR:	<u>1 9</u>	<u>5 9</u> <u>10</u>
MEDICO:	<u>Dr. Alan</u>		ENFERMERA: <u>DE LO CRUZ</u>	

DIGO SAP: 050020766





REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO

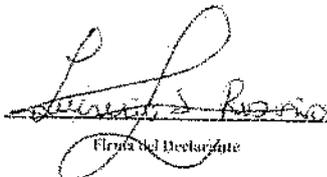
N° 93402556
Código Único de Identificación
CUI

FECHA DE NACIMIENTO 27 DE MAYO DE 2023 HORA 4:38 PM
LOCALIDAD / CALLAO / BELLAVISTA (24 01 02 000)
LUGAR DE OCURRENCIA HOSPITAL IV -ALBERTO SABOGAL SOLOGUREN
SEXO FEMENINO

Nombre:	TAMARA CAYETANA ORTIZ ROSARIO	
DATOS DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
Prenombres	JORGE LUIS	LUCRECIA SOFIA
Primer Apellido	ORTIZ	ROSARIO
Segundo Apellido	CRUZ	ARROYO
Nacionalidad	PERUANA	PERUANA
Documento de Identidad	DNI/LE 09529468	DNI/LE 10071990
Domicilio de la madre	PSJ. SAN JOSE CERCADO DE PUENTE PIEDRA MZ. 2 LT. 20. LIMA LIMA PUENTE PIEDRA	

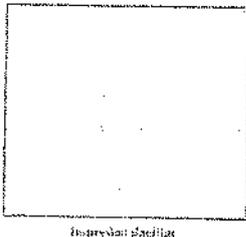
FECHA DE REGISTRO 14 DE JUNIO DE 2023
OFICINA REGISTRAL LIMA / LIMA / PUENTE PIEDRA (14 01 19 000)
DECLARANTE / VINCULO LUCRECIA SOFIA ROSARIO ARROYO / MADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 10071990
DECLARANTE / VINCULO JORGE LUIS ORTIZ CRUZ / PADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 09529468
REGISTRADOR CIVIL CARRANZA RIVEROS, MARTHA
DNI 10092674
OBSERVACIONES

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

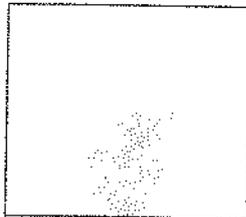

Firma del Declarante


Firma del Declarante

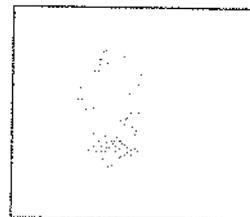

MARTHA CARRANZA RIVEROS
REGISTRADOR CIVIL
DNI 10092674
Firma del Registrador



Inspección madre



Inspección padre



Inspección registrador



4264969008





REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

ACTA DE NACIMIENTO

N° 93402560
Código Único de Identificación
CUI

FECHA DE NACIMIENTO 27 DE MAYO DE 2023 HORA 4:40 PM
LOCALIDAD / CALLAO / BELLAVISTA (24 01 02 000)
LUGAR DE OCURRENCIA HOSPITAL IV -ALBERTO SABOGAL, SOLOGUREN
SEXO MASCULINO

Nombre:	BENJAMÍN YUSUF ORTIZ ROSARIO	
DATOS DE LOS PADRES	PADRE	MADRE
Prenombres	JORGE LUIS	LUCRECIA SOFIA
Primer Apellido	ORTIZ	ROSARIO
Segundo Apellido	CRUZ	ARROYO
Nacionalidad	PERUANA	PERUANA
Documento de Identidad	DNI/LE 09529468	DNI/LE 10071990
Domicilio de la madre	PSJ. SAN JOSE CERCADO DE PUENTE PIEDRA MZ. 2 LT. 20. LIMA LIMA PUENTE PIEDRA	

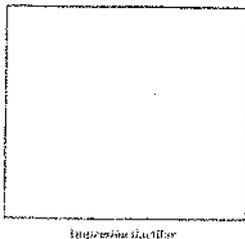
FECHA DE REGISTRO 14 DE JUNIO DE 2023
OFICINA REGISTRAL LIMA / LIMA / PUENTE PIEDRA (14 01 19 000)
DECLARANTE / VÍNCULO LUCRECIA SOFIA ROSARIO ARROYO / MADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 10071990
DECLARANTE / VÍNCULO JORGE LUIS ORTIZ CRUZ / PADRE
DOCUMENTO DE IDENTIDAD DNI/LE 09529468
REGISTRADOR CIVIL CARRANZA RIVEROS, MARTHA
DNI 10092674
OBSERVACIONES

REGISTRO NACIONAL DE IDENTIFICACION Y ESTADO CIVIL

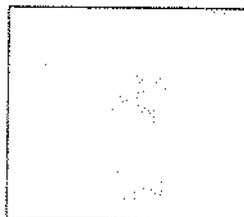

Firma del Declarante


Firma del Declarante

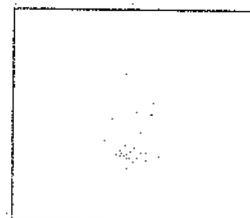

MARTHA CARRANZA RIVEROS
REGISTRADOR CIVIL
DNI N° 10092674
Firma del Registrador



Impresión dactilar



Impresión dactilar



Impresión dactilar



APELLIDOS: Ortiz Rosado

SSP: 23062301

SEXO: M F I

FECHA DE INGRESO: 27/5/23

PROCEDENCIA:

UNIDAD DE INGRESO: UCI UCINA UCIMB ALOJAMIENTO:

MOTIVO DE INGRESO:

PREMATURIDAD <input checked="" type="checkbox"/>	ICTERICIA <input type="checkbox"/>	CARDIOPATIA <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>
SDR <input type="checkbox"/>	APNEA <input type="checkbox"/>	TRAST METABOLICO <input type="checkbox"/>	VOMITOS/INTOL <input type="checkbox"/>
APGAR BAJO <input type="checkbox"/>	ANEMIA <input type="checkbox"/>	MALFORMACION <input type="checkbox"/>	CONVULSION <input type="checkbox"/>
INFECCION <input type="checkbox"/>	POLICITEMIA <input type="checkbox"/>	CIANOSIS <input checked="" type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>

ANTECEDENTES:

DATOS DEL PARTO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27/5/23 HORA: 16:38

EUTOCICO: CESAREA: VACUM/FORCEPS: OTRO:

PESO AL NACER: 2,231 APGAR: I 8 5' 9 10' 10

TALLA: 46 PC: 32 EDAD GESTACIONAL: 35

REANIMACION: SI NO VPP MASAJE TET MEDIC

PATOLOGIA MATERNA:

NINGUNO <input type="checkbox"/>	DPP <input type="checkbox"/>	CORIOAMNIONITIS <input type="checkbox"/>	OTROS <input checked="" type="checkbox"/>
PREECLAMPSIA <input checked="" type="checkbox"/>	PLACENTA PREVIA <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>	<u>Hipertensión</u>
ECLAMPSIA <input type="checkbox"/>	ITU <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	

CORTIC. ANTEN: SI NO CUAL: _____ No DOSIS: _____

DIAGNOSTICOS DE ALTA: _____ PESO AL ALTA: 2,145 GRUPO Y FACTOR: B T

1. RNPT
2. SDR, TRN, Huelto
3. _____
4. _____
5. _____

CODIGO CIE 10 _____

FECHA DE EGRESO: 16/23 DESTINO: ALTA

CONDICION AL ALTA: VIVO FALLECIDO TRANSFERIDO

INDICACIONES DE ALTA:

1. Leche Materna a libre demanda
2. Fórmula materna para suplemento

OBSERVACIONES:

CITA CONSULTORIO DE NEONATOLOGIA: _____ / 200 HORA: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO: _____ CMP: _____

DR. ANA GECILIA LINCOLN SALAZAR
CMP. 19177 - RNE. 22890
Médico Asistente del Servicio Neonatología
HOSPITAL ALBERTO BBOCAL SOLOGUREN
Red Salud

PROCEDIMIENTOS:

OXIGENOTERAPIA: SI NO

FASE I DIAS: 04

FASE II DIAS: _____

FASE III VM: PIP MAXIMO: _____ PIO 2 MAXIMO: _____ DIAS: _____

VENTILACION ALTA FRECUENCIA: SI NO DIAS: _____

SUPFACTANTE: SI NO DOSIS: _____

COMPLICACIONES: _____

CATETERISMO: SI NO

ARTERIAL: _____ VENOSO: _____

FLEBOTOMIA: SI NO

DIAS: _____

CATETER PERCUTANEO: SI NO

DIAS: _____

COMPLICACIONES: _____

INDOMETACINA: SI NO

No. DOSIS: _____

COMPLICACIONES: _____

HEMODIÁLISIS: SI NO

EXANGUINEOTRANSFUSION: SI NO

TOTAL: PARCIAL:

TRANSFUSIONES: ANEMIA: SI NO

TRANSFUSIONES: PAQUETE No. PLASMA No.

ALIMENTACION: NTP: SI NO

DIAS: _____

INICIO ALIMENTACION ENTERAL: _____ DIAS

HEMOCULTIVOS: SI NO

RESULTADOS: _____

OTROS CULTIVOS: _____

PERMANENCIA EN UCI: _____ DIAS

PERMANENCIA EN INTERMEDIOS: 9 DIAS

TRATAMIENTO RECIBIDO DIAS

TRATAMIENTO DIAS

lidhe noke no 09

hidroxi 02

SEGUIMIENTO:
(Resultados más importantes)

ECOTRANSFONTANELAR: SI NO
RESULTADOS: NORMAL

ELECTROENCEFALOGRAMA: SI NO
RESULTADOS: _____

FONDO DE OJO: SI NO
RESULTADOS: OTO: B700

ECOCARDIOGRAMA: SI NO
RESULTADOS: _____

APELLIDOS: Ojeda Rosado G2

230524

SEXO: M F I

FECHA DE INGRESO: 27 / 05 / 23

UNIDAD DE INGRESO: UCI UCIRIA UCINDE ALOJAMIENTO:

MOTIVO DE INGRESO:

PREMATURIDAD <input checked="" type="checkbox"/>	ICTERICIA <input type="checkbox"/>	CARDIOPATIA <input type="checkbox"/>	HEMORRAGIA <input type="checkbox"/>
SDR <input type="checkbox"/>	APNEA <input type="checkbox"/>	TRAST METABOLICO <input type="checkbox"/>	VOMITOS/INTOL <input type="checkbox"/>
APGAR BAJO <input type="checkbox"/>	ANEMIA <input type="checkbox"/>	MALFORMACION <input type="checkbox"/>	CONVULSION <input type="checkbox"/>
INFECCION <input type="checkbox"/>	POLICITEMIA <input type="checkbox"/>	CIANOSIS <input type="checkbox"/>	OTROS S/PN <input checked="" type="checkbox"/>

ANTECEDENTES:

DATOS DEL PARTO:

FECHA DE NACIMIENTO: 27 / 05 / 23 HORA: 16:40

EUTOCICO: CESAREA: VACUM/FORCEPS: OTRO: _____

PESO AL NACER: 1610 gr APGAR: 1' 9 5' 9 10' 10

TALLA: 42 RC: 30 EDAD GESTACIONAL: 34 ss

REANIMACION: SI NO VPP MASAJE TET MEDIC

PATOLOGIA MATERNA:

NINGUNO <input type="checkbox"/>	DPP <input type="checkbox"/>	CORIOAMNIONITIS <input type="checkbox"/>	OTROS <input type="checkbox"/>
PREECLAMPSIA <input checked="" type="checkbox"/>	PLACENTA PREVIA <input type="checkbox"/>	DIABETES <input type="checkbox"/>	<u>hipertension</u>
ECLAMPSIA <input type="checkbox"/>	ITU <input type="checkbox"/>	HTA <input type="checkbox"/>	<u>Obesidad</u>

CORTIC. ANTEN: SI NO CUAL: _____ No DOSIS: _____

DIAGNOSTICOS DE ALTA: _____ PESO AL ALTA: 1770 gr GRUPO Y FACTOR: 0+

1. RNPT (34ss) / ECL 36 5/7 ss
2. PEG: 1. en el día 2
3. Apnea de la prematuridad
4. trastorno de succión
- 5.

FECHA DE EGRESO: 16 / 06 / 23 DESTINO: Domilio

CONDICION AL ALTA: VIVO FALLECIDO TRANSFERIDO

INDICACIONES DE ALTA:

- Lacte materno 2. Hincanda +
- Fórmula (FOP) (Zallanza) 40 ml cada 3h.
- Mucosa 0.5 ml vo cada 24 horas
- Succion 3 gotas vo cada 24 horas
- Control oftalmológico 22/06/23
- consulta ext. neonatología
- consulta ext. medicina física

OBSERVACIONES: Paciente resultado de tamizaje (15/06/23)

CITA CONSULTORIO DE NEONATOLOGIA: 1 / 200 HORA: _____

FIRMA Y SELLO MEDICO: _____ C.M.P. _____

PROCEDIMIENTOS:

OXIGENOTERAPIA: SI NO

FASE I DIAS: _____

FASE II DIAS: _____

FASE III VM: PIP MAXIMO: _____ FIO 2 MAXIMO: _____ DIAS: _____

VENTILACION ALTA FRECUENCIA: SI NO DIAS: _____

SUFFACTANTE: SI NO DOSIS: _____

COMPLICACIONES: _____

CATETERISMO: SI NO ARTERIAL: _____ VENOSO: _____

FLEBOTOMIA: SI NO DIAS: _____

CATETER PERCUTANEO: SI NO DIAS: _____

COMPLICACIONES: _____

INDOMETACINA: SI NO No. DOSIS: _____

COMPLICACIONES: _____

FOTOTERAPIA: SI NO

EXANGUINEOTRANSFUSION: SI NO TOTAL: PARCIAL:

TRANSFUSIONES: ANEMIA: SI NO

TRANSFUSIONES: PAQUETE No. PLASMA No.

ALIMENTACION: NTP: SI NO DIAS: _____

INICIO ALIMENTACION ENTERAL: _____ DIAS

HEMOCULTIVOS: SI NO RESULTADOS: _____

OTROS CULTIVOS: _____

PERMANENCIA EN UCIN: _____ DIAS PERMANENCIA EN INTERMEDIOS: 20 DIAS

TRATAMIENTO RECIBIDO	DIAS	TRATAMIENTO	DIAS
Calona	2		
Amo. Iox. c. no. gotal oftalmica	1		
Fototerapia			

SEGUIMIENTO: ECOTRANSFONTANELAR: SI NO

(Resultados más importantes) RESULTADOS: Noretzil (30.05/23)

ELECTROENCEFALOGRAMA: SI NO

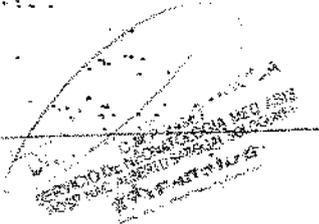
RESULTADOS: Rel. en. inmadura (08/06/23)

FONDO DE OJO: SI NO

RESULTADOS: _____

ECOCARDIOGRAMA: SI NO

RESULTADOS: _____



RESOLUCION ADMINISTRATIVA Nº 325-11/2023-UP-HCLLH/MINSA

Exoneración

MINISTERIO DE SALUD
DUSA V. LINBA CIUDAD
HOSPITAL CARLOS LAMBARCO LA HIRE
DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

15 NOV. 2023

Nº Expediente
Hora: 12:25pm Firma
RECIBIDO

G. G. G.

Ministerio de Salud
Hospital Carlos Lambarco La Hire
Unidad de Personal
EQUIPO DE GESTION DEL EMPLEO

15 NOV. 2023

Hora: 12:51 Firma
RECIBIDO

