**FORMATO: INFORMACIÓN SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DEL LACTARIO**  
**Base Legal: Ley N° 29896 y D.S. 023-2021-MIMP**

Fecha:\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**I. DATOS GENERALES**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Razón Social (nombre entidad): |  | | | |
| Nombre de la Sede o Centro de Trabajo (donde se ubica el lactario): |  | | | |
| Dirección de la Sede o Centro de Trabajo |  | | | |
| RUC (11 dígitos) |  | Tipo de institución (Público o Privado) | |  |
| Tipo de actividad (Ver Anexo) |  | Departamento |  | |
| Provincia |  | Distrito |  | |
| Responsable: |  | | | |
| Teléfono |  | Correo |  | |

**II. DATOS DE TRABAJADORES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° Mujeres | N° Varones | Total Trabajadores 1 | Mujeres en edad fértil (15 a 49 años) | Mujeres en periodo de **gestación** 2 | Mujeres en periodo de **lactancia**  (con hijos/as) 3 |
|
|  |  |  |  |  |  |

1/ Considerar los datos de los/as trabajadores/as con vínculo laboral (D.L.276, D.L.728, D.L.1057, otros) y sin vínculo laboral (Servicio de terceros, prácticas profesionales, otros), que trabajan en la sede.

2/ Es el número de mujeres que han informado que se encontraban en período de gestación, durante el mes de enero del presente año, y hasta el período de referencia que no han culminado el período de gestación.

3/ Es el número de madres con niñas/os en periodo de lactancia. Considerar a las mujeres con vínculo y sin vínculo laboral durante el período de referencia.

**III. CARACTERÍSTICAS Y UBICACIÓN DEL LACTARIO**

**A. CARACTERÍSTICAS MÍNIMAS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Características del Lactario | Características mínimas | SI | NO |
| Fecha de creación |  |  | |
| Área (Tamaño) | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Material:** Ladrillo |  | Madera |  | Adobe |  | Drywall |  | Otros |  | |  | |
| Privacidad | ¿Es de uso exclusivo para la extracción y conservación de leche materna? |  |  |
| Si no es de uso exclusivo, ¿qué otro uso se le da? |  | |
| ¿Tiene en su interior cortinas, biombos o separadores de ambiente? |  |  |
| Comodidad | ¿Tiene al menos 2 sillas con brazos? |  |  |
| ¿Tiene al menos 2 mesas? |  |  |
| ¿Tiene dispensadores de papel toalla, dispensadores de jabón líquido, dispensadores, depósito con tapa para desechos? |  |  |
| Refrigeradora | ¿Tiene refrigeradora o friobar en el lactario de uso exclusivo? |  |  |
| Accesibilidad | ¿En qué piso se encuentra? |  | |
| ¿Tiene ascensor? |  |  |
| Lavabo o dispensador | ¿Cuenta con lavabo interno o dispensador de agua interno? |  |  |

**B. UBICACIÓN DEL LACTARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Ubicación del Lactario |  |
| ¿Se encuentra dentro / fuera de la sede o centro de trabajo? | Dentro ( ) Fuera ( ) |
| Si se encuentra fuera, especifique la dirección de ubicación |  |
| ¿El lactario es compartido con otra institución (razón social)? | Si ( ) No ( ) |
| Nombre de la institución (razón social) con quien comparte el lactario |  |
| ¿Existe convenio para compartir el lactario? | Si ( ) No ( ) |

**IV. ACCIONES ESPECÍFICAS PARA EL FUNCIONAMIENTO DEL LACTARIO**

**A. PROMOCIÓN DEL LACTARIO Y LACTANCIA MATERNA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Promoción | SI | NO |
| Lactarios | ¿Han elaborado o reproducido material informativo sobre el lactario? |  |  |
| Lactancia Materna | ¿Han elaborado o reproducido material informativo sobre lactancia materna? |  |  |
| ¿Han realizado alguna capacitación al personal sobre lactancia materna? |  |  |
| Número de capacitaciones realizadas |  | |
| ¿Cuenta con lista de asistentes a las capacitaciones? |  |  |

**B. FUNCIONAMIENTO DEL LACTARIO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Acciones específicas para el funcionamiento del lactario | SI | NO |
| Directiva 1 | Cuenta con directiva o reglamento interno |  |  |
| Número o nombre de la directiva o reglamento |  | |
| Registro | ¿Cuenta con registro de usuarias? |  |  |
| Asistencia | ¿Cuenta con registro de asistencia diario de usuarias? |  |  |
| Señalización | ¿Cuenta con letrero de señalización del lactario? |  |  |
| Identificación | ¿Cuenta con letrero de identificación del lactario? |  |  |

1/ Directiva o reglamento interno para regular la implementación, mantenimiento, uso y acceso al servicio de lactario.

**V. USUARIAS DEL LACTARIO**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° de mujeres que están haciendo uso del lactario actualmente |  |  |  | Periodo de referencia |  |
| Total de mujeres que van haciendo uso del lactario durante el año |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| N° | Apellidos y Nombres de las usuarias | Edad | Régimen 1 | Correo electrónico | Teléfono | N° hijos lactantes |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

1/ Especificar el tipo de régimen laboral: D.LEG.276-CAP, D.LEG.728, D.LEG.1057 - CAS, Servicios de terceros, Prácticas profesionales, Services.

Nota: Insertar las filas necesarias para llenar todos los registros de las usuarias.

**ANEXO: TIPO DE ACTIVIDAD**

|  |  |
| --- | --- |
| 01 Agricultura, ganadería, caza | 11 Actividades inmobiliarias, empresariales y de alquiler |
| 02 Pesca | 12 Administración pública y defensa; planes de seguridad social |
| 03 Explotación de minas y canteras | 13 Enseñanza |
| 04 Industrias manufactureras | 14 Servicios sociales y de salud |
| 05 Suministro de electricidad, gas y agua | 15 Otras actividades de servicios comunitarios, sociales y personales |
| 06 Construcción | 16 Hogares privados con servicio doméstico |
| 07 Comercio al por mayor y al por menor; automotores, motocicletas, efectos personales y enseres domésticos | 17 Organizaciones y órganos extraterritoriales |
| 08 Hoteles y restaurantes | 18 Desconoce |
| 09 Transporte, almacenamiento y comunicaciones | 19 Otros |
| 10 Intermediación financiera | Especificar: |

CONSIDERACIONES FINALES

|  |
| --- |
| Para que su lactario sea registrado deberá comunicar por escrito al Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables respecto a la implementación del lactario adjuntando lo siguiente: formato, registro fotográfico (fotos) y de ser el caso, documento sobre la promoción del servicio. |