



INSTITUTO SALVADOREÑO
DEL SEGURO SOCIAL

VERSIÓN PÚBLICA

Este documento es una versión pública, en el cual únicamente se ha omitido la información que la Ley de Acceso a la Información Pública (LAIP), define como confidencial, entre ello, los datos personales de las personas naturales" (Arts. 24 y 30 de la LAIP y artículo 6 del lineamiento No. 1 para la publicación de la información oficiosa.

Código
NOR-A-47

Versión
0.0

Aprobación
Julio 2024

Unidad de Recursos Humanos

Normativa

**Trámite para la solicitud de la
prestación laboral de
lactancia materna**

NOR

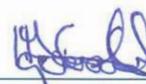
AUTORIZADO

REVISADO

APROBADO



Lic. Indalecio Funes
Jefatura Unidad de Recursos Humanos

Licda. Rosa Alba de García
Jefatura Unidad de Desarrollo Institucional

Dra. Mónica G. Ayala Guerrero
Directora General del ISSS



Contenido

Portada

- I. Propósito
- II. Marco legal y documentos de referencia
- III. Alcance
- IV. Vigencia
- V. Definiciones
- VI. Desarrollo
 - A. Solicitar hora para lactancia materna
- VII. Responsabilidades en el proceso
- VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso
- IX. Anexos
- X. Registro de actualización del documento
- XI. Registro de Adendas

I. Propósito

Establecer el procedimiento para que las trabajadoras del ISSS puedan solicitar y hacer uso de la hora diaria de pausa para amamantar a su hijo/a o para recolectar su leche, con el objeto de fomentar la lactancia materna posterior a su descanso o licencia por maternidad.

II. Marco legal y documentos de referencia

- Ley Nacer con Cariño
- Ley Crecer Juntos
- Ley Amor Convertido en Alimento para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, Art 37
- Reglamento de la Ley Amor Convertido en Alimento para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, Art. 43 al 46
- Contrato Colectivo de Trabajo, clausula n° 12, literal n
- Reglamento Interno del Trabajo, junio 2011, Art. 26
- Reglamento de Normas Técnicas de Control Interno Específicas del ISSS (octubre 2022).
- Opinión jurídica DJP-N° O/22-2024

III. Alcance

Es aplicable a todas las dependencias que reciben una solicitud para la hora de lactancia de las empleadas del ISSS en el periodo de seis meses después de haber concluido su descanso o licencia por maternidad.



IV. Vigencia

La presente normativa tiene un período de vigencia de 5 años a partir de la fecha de su divulgación, sustituyendo la versión anterior y/o afines incluidos en el mismo.

V. Definiciones

- **Fomento de la lactancia materna:** acciones relacionadas a la información, educación y comunicación que se establecen con el público general acerca de las prácticas de alimentación de las niñas y los niños menores de dos años, garantizando que la información proporcionada sea precisa y completa.
- **Madre en período de lactancia:** es la mujer que alimenta a su bebé con la leche de sus pechos. Mujer que se encuentra en período de amamantamiento.
- **Leche materna:** tejido vivo y cambiante de consistencia líquida secretado por la glándula mamaria de la mujer que cubre todos los requerimientos nutricionales, metabólicos, inmunológicos y emocionales que aseguran un óptimo crecimiento y desarrollo a todas las niñas y niños desde el momento de su nacimiento hasta los seis meses de vida.

VI. Desarrollo

A. Solicitar hora para lactancia materna

1. La madre en periodo de lactancia materna que se incorpora a su primer día de trabajo después de su descanso o licencia por maternidad solicita a su jefatura el formulario Solicitud para hora de lactancia materna (C. Fóm. 260001-075-06-24), llena, agrega copia del Certificado de Incapacidad Temporal No Genera Subsidios (C. SAFISSS 130100041), copia de la Certificación de Partida de Nacimiento del hijo o hija y presentar a su jefatura inmediata para poder gozar de la prestación del permiso de lactancia materna.
2. La jefatura inmediata al recibir los documentos remite original, 2 juegos de copias de la solicitud y sus documentos anexos a la Sección Administración de Información de Personal (Archivo Central de Recursos Humanos).
3. El Técnico de Recursos Humanos recibe, verifica la fecha de finalización del descanso o licencia por maternidad, el inicio de la prestación y su finalización de acuerdo al Contrato Colectivo de Trabajo, acusa de recibido (firma, fecha y sello) los dos juegos de copias de la solicitud con sus documentos anexos, regresándolos a la dependencia solicitante y archiva el original en el expediente personal.



4. Una vez recibido los 2 juegos con acuse de recibido, la jefatura de la dependencia remite un juego de copias al biométrico local y el otro lo archiva en el expediente personal del área en la que se encuentra destacada la empleada.
5. El encargado del biométrico local programa en el sistema de control de asistencia la prestación laboral solicitada hasta los seis meses posteriores al regreso del descanso o licencia por maternidad, según lo establecido por el Contrato Colectivo de Trabajo.

❖ Disposiciones generales

1. La hora para lactancia materna por los seis meses posteriores a su descanso o licencia por maternidad es exclusivo para toda aquella madre en periodo de lactancia.
2. La empleada debe definir si la hora diaria a la que tiene derecho será al inicio o al final de la jornada de trabajo o fraccionarla en 2 pausas de media hora.
3. El periodo para el goce de la prestación se contabiliza a partir del primer día que le corresponde incorporarse a sus labores después de finalizado su descanso o licencia por maternidad.
4. Si posterior a su descanso o licencia por maternidad la trabajadora solicita una licencia no remunerada o le corresponde gozar de sus vacaciones, el periodo se contabiliza siempre, después de finalizado la licencia o descanso por maternidad.
5. La Sección Administración de Información de Personal (Archivo Central de Recursos Humanos) no debe recibir solicitudes con documentación incompleta.
6. En caso de errores en el llenado del formulario de solicitud, la jefatura de la dependencia gestiona las correcciones y envía a brevedad sin afectar el inicio de la prestación.
7. El resguardo de la documentación se realiza en el tiempo y forma que regula la Ley de Acceso a la Información Pública o la norma secundaria que haga sus veces.
8. Las mujeres en periodo de lactancia materna no deben ser sometidas a verificación de producción láctea, por consiguiente los médicos del instituto **ya no emitirán constancia médica mensual** a las empleadas del instituto, ni a las madres lactantes que no trabajen dentro de la institución, estas últimas únicamente deben llenar el formato de solicitud oficial y presentarlo a su patrono, según lo establecido por la Ley Amor Convertido en Alimento para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna en el Art. 37 y los Arts. 43 al 46 de su reglamento.



VII. Responsabilidades en el proceso

- 1. Empleada en período de lactancia:**
 - a) Llenar formulario de Solicitud de permiso para lactancia materna (C. Fóm. 260001-075-06-24)
 - b) Presentar documentación indicada en la presente normativa

- 2. Jefatura inmediata:**
 - a) Facilitar el formulario de solicitud para hora de lactancia materna
 - b) Remitir la documentación a las áreas determinadas en esta normativa

- 3. Técnico de Recursos Humanos Sección Administración de Información de Personal:**
 - a) Recibir y revisar la solicitud junto con sus documentos anexos
 - b) Archivar en el expediente personal

- 4. Técnico de Recursos Humanos Sección Remuneraciones/ Encargado del biométrico en las dependencias fuera de la torre**
 - a) Grabar en sistema de control de asistencia la prestación

VIII. Registros y formularios utilizados en el proceso

1. Solicitud para hora de lactancia materna (C. Fóm. 260001-075-06-24)
2. Copia de Certificado de Incapacidad Temporal No genera subsidios (C. SAFISS 130100041) (Código anterior C. SAFISS 130201023)
3. Copia de Certificación de Partida de Nacimiento del hijo o hija



IX. Anexos

A. Anexo 1: formulario

- "Solicitud para hora de lactancia materna" (C. Fóm. 260001-075-06-24)



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE RECURSOS HUMANOS
SOLICITUD PARA HORA DE LACTANCIA MATERNA**

A. DATOS GENERALES								
NOMBRE DEL EMPLEADO						DUI:		
NACIONALIDAD		FECHA DE NACIMIENTO		EDAD EN AÑOS		NIT:		
DOMICILIO ACTUAL DE LA SOLICITANTE						N° DE EMPLEADO:		
LUGAR DE TRABAJO						NÚMERO DE CONTACTO		
CARGO SEGÚN FUNCIONES						N° DE TELÉFONO		
ÁREA DONDE SE DESEMPEÑA				HORARIO DE TRABAJO				
B. DECLARACIÓN DE MADRE LACTANTE								
Yo _____ (nombre de la madre) comunico de acuerdo a la cláusula 12 numeral "n" del Contrato Colectivo de Trabajo y el artículo 37 de la Ley Amor Convertido en Alimento para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna, que el día _____ (DD/MM/AA) di a luz a: _____ (nombre del menor) lo cual compruebo con copia de la Certificación de Partida de Nacimiento y declaro que alimento a mi hijo(a) con leche materna								
C. PERIODO Y HORARIO SOLICITADO								
DÍAS / HORAS		LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SABADO	DOMINGO
AM	DE A							
PM	DE A							
PERÍODO SOLICITADO								
DEL		DD	MM	AAAA	AL	DD	MM	AAAA
OBSERVACIONES								
D. RESPONSABLE DE LA INFORMACIÓN								
FECHA DE SOLICITUD		DD	MM	AAAA	_____			NOMBRE Y FIRMA DE LA EMPLEADA
					_____			NOMBRE, CARGO, FIRMA Y SELLO DEL JEFE INMEDIATO
E. ESPACIO EXCLUSIVO PARA PERSONAL DE SECCIÓN ADMINISTRACIÓN DE INFORMACIÓN DE PERSONAL								
_____				_____				
FECHA DE RECEPCIÓN				NOMBRE Y FIRMA DE QUIEN REvisa Y RECIBE				
F. INDICACIONES GENERALES								
1. Completar el Formulario. 2. Presentar COPIA de incapacidad por descanso postnatal 3. Presentar COPIA de Certificación de Partida de Nacimiento								

C. form 260001-075-06-24



- "Certificado de Incapacidad Temporal No Genera Subsidios" (C. SAFISSS 130100041)

INCAPACIDADES QUE NO GENERAN SUBSIDIOS

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL (C.I.T.)						1. SELLO DE CLÍNICA O SERVICIO																																																																																	
2. RIESGO		Enferm. Común 1	Enferm. Profes. 2	Accid. Común 3	Accid. de Trab. 4		Mater-nidad 5	3. TIPO DE INCAPACIDAD INICIAL <input type="checkbox"/> PRÓRROGA <input type="checkbox"/>																																																																															
4. TIPO DE TRABAJADOR		Régimen General 1	Trab. Indep. 2																																																																																				
5. NOMBRE DEL ASEGURADO							6. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN #																																																																																
7. SEXO		8. DIRECCIÓN DEL ASEGURADO				9. OCUPACIÓN																																																																																	
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>1 M</td> <td>2 F</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		1 M	2 F			Departamento _____ Municipio _____ Calle _____ N° _____ Colonia o Barrio _____				<input type="checkbox"/> DUI <input type="checkbox"/> CARNÉ MINORIDAD <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN																																																																													
1 M	2 F																																																																																						
10. NOMBRE DEL PATRONO						11. No. PATRONAL																																																																																	
12. DÍAS DE INCAPACIDAD																																																																																							
DESDE		E N E		F E B		M A R		A B R		M A Y		J U N		J U L		A G O		S E P		O C T		N O V		D I C		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
HASTA		E N E		F E B		M A R		A B R		M A Y		J U N		J U L		A G O		S E P		O C T		N O V		D I C		1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24		25		26		27		28		29		30		31	
Total de días: (en números) _____						(En letras) _____						13. FECHA DE EXPEDICIÓN																																																																											
14. NOMBRE DEL PARAMEDICO QUE ATENDIO				15. NOMBRE Y CODIGO DEL MEDICO				16. FIRMA DEL MEDICO RESPONSABLE																																																																															
17. DIAGNÓSTICO																																																																																							
18. OBSERVACIONES DEL CENTRO DE ATENCIÓN						19.																																																																																	

IMPORTANTE: GUARDE ESTA INCAPACIDAD PUES EN CASO DE OÍRGARSELE PRÓRROGA LE SERÁ VÁLIDA PARA EL TRAMITE DE SUBSIDIO.

C.SAFISSS 130201023

B. Anexo 2: Personal que participó en actualización del documento

Equipo técnico coordinador

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
		Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Alicia Azucena	Jefatura de Sección	Sección Desarrollo y Gestión de Procesos
Renata Vásquez de Vásquez	Jefatura de Departamento	Departamento Gestión de Calidad Institucional

Equipo que revisó y validó el documento

NOMBRE	PUESTO	DEPENDENCIA
		Programas Especiales
		Departamento Planificación en Salud
		Departamento Planificación en Salud
		Departamento Jurídico de Procuración
		Sección Remuneraciones
		Programas Especiales
Manuel de Jesús Flores Ortiz	Jefatura de Departamento	Departamento Jurídico de Procuración
Roberto Santos Portillo	Jefatura Sección	Sección Remuneraciones
Samuel Henríquez	Jefatura de Departamento	Departamento Planificación en Salud
Daniel R. Chacón	Jefatura de Unidad	Unidad Jurídica

X. Registro de actualización del documento

		Trámite para la solicitud de la prestación laboral de lactancia materna	NOR-A-47
Modificaciones			
Versión	Fecha	Naturaleza de la modificación	Aprobado
0.0	Julio 2024	Creación de documento por aplicación de la Ley Amor Convertido en Alimento para el Fomento, Protección y Apoyo a la Lactancia Materna.	Dra. Mónica Ayala



XI. Registro de Adendas

		Trámite para la solicitud de la prestación laboral de lactancia materna		NOR-A-47
Adenda				
# Adenda	Fecha	Detalle de la modificación	Aprobado	
1				
2				
3				
4				
5				