I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANGELINA MAGNATA VERAGUA
RUT	
Programa	ADOLESCENTE COMUNAL
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	**1.378.836 Y N° 51**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01/04/2024	**30/04/2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	**CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE**	**100**	**APLICACIÓN FICHA CLAP, EFECTUAR ANTROPOMETRIA, CONTROL DE PRESION ARTERIAL, DESARROLLAR EXAMEN AGUDEZA VISUAL, AUDITIVA, COLUMNA Y SALUD BUCAL. REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICONALES.**
2	**REUNION VINCULACION CON EL MEDIO**	**2**	
3	**TALLER GRUPAL**	**0**	
4	**REUNION INTERSECTORIAL**	**1**	
5	**PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA,**	**0**	

	ETC)		
6	**OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)**	**7**	
7	**REALIZAR DERIVACIONES AL EQUIPO ESPACIOS AMIGABLES SEGÚN CORRESPONDA.**	**2**	**SEMANALMENTE**
8	**REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE LOS DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCIÓN.**	**1**	**AL FINALIZAR INTERVENCION EN EL ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL.**
9	**EJECUCIÓN DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.**	**1**	
10	**ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES.**	**100**	
11	**REGISTRO EN FICHA CLÍNICA AVIS.**	**100**	
12	**ELABORACIÓN DE REM MENSUAL.**	**1**	

DECLARAMOS, que las actividades mencionadas en este informe se encuentran registradas en la ficha clínica de cada usuario/a (electrónica o en papel de acuerdo a la realidad del establecimiento de salud) e informadas en el Registro Estadístico Mensual asociado al PRAPS. Esto bajo juramento y en consideración a la obligación legal de un adecuado registro por tratarse de información sensible de las personas atendidas y que contribuye a la trayectoria de continuidad de cuidados en salud.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM **NO APLICA**
Nombre Completo: ANGELINA MAGNATA VERAGUA **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
COORDINADOR DEPTO. SALUD Francisco Freires Montalván COORD. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA LA SERENA	DEPARTAMENTO DE SALUD DIRECCIÓN GABRIEL GONZALEZ VIDELA LA SERENA
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**