



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	JAVIERA ANDREA SANTONI HONORES
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	MATRONA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	18 DE ABRIL 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°2, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	---

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	26	-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)
2	TALER GRUPAL	10	-TALLER CAMBIOS FISICOS Y EMOCIONALES EN ADOLESCENTES, DIVERSIDAD SEXUAL Y CONSENTIMIENTO. -TALLER DE PREVENCIÓN DE ABUSO SEXUAL, SALUD MENSTRUAL E HIGIENE INTIMA -TALLER PREVENCIÓN DE EMBARAZO ADOLESCENTE Y MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	42	-CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD

4	CONSEJERIA FAMILIAR		
5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION		
6	OTRO		
7	REM	1	MENSUAL
8	PLANIFICACIÓN	10	-REUNIONES CON CONVIVENCIA COLEGIO GABRIELA MISTRAL -REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCACTIVO	10	MATERIAL AUDIOVISULA Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES: -SALUD MENSTRUAL -ESPERMARQUIA -HIGIENE INTIMA FEMENINA Y MASCULINA -USO DE CONDÓN FEMENINO Y MASCULINO -MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -FORMACIÓN DE MONITORES
10	ACTIVIDAD COMUNITARIA	4	-STAND EDUCATIVO (G. MISTRAL- AIEP) -FORMACIÓN DE MONITORES

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	NO APLICA
Nombre Completo: JAVIERA ANDREA SANTONI HONORES RUT:	Nombre Completo: RUT:

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>