



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	SOFÍA CONSTANZA POBLETE GONZÁLEZ
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 MAYO 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°50, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-05-2024	HASTA: día - mes- año 31-05-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	40	-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)
2	TALER GRUPAL		
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	34	-INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA
4	CONSEJERIA FAMILIAR	5	-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL
5	REM	1	-MENSUAL

6	PLANIFICACIÓN	8	<ul style="list-style-type: none"> -REUNIONES CON CONVIVENCIA COLEGIO MARIA EDUCA -REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA -REUNION DE EQUIPO EEAA -REUNIONES CON CONVIVENCIA LICEO MARTA BRUNET
7	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	12	<ul style="list-style-type: none"> MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES: -FORMACIÓN DE MONITORES -FERIA EDUCATIVA C. MARIA EDUCA
8	ACTIVIDAD COMUNITARIA	6	<ul style="list-style-type: none"> -FERIA EDUCATIVA (COLEGIO MARIA EDUCA) -FORMACIÓN DE MONITORES (DIVERSIDAD SEXUAL CON ENFOQUE DE GÉNERO) -CICLO MENSTRUAL Y ESPERMATOCITOES -MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS Y PREVENCIÓN EMBARAZO ADOLESCENTE -INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL -COMPORTAMIENTO SEXUAL E HIGIENE)

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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;">NO APLICA</p>
<p>Nombre Completo: SOFÍA CONSTANZA POBLETE GONZÁLEZ. RUT</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>

<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>