

| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|-----------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM RAUL SILVA HENRIQUEZ |
| Nombre Completo | VALENTINA CAROLINA ARAYA CERECEDA |
| RUT | |
| Programa | Salud sexual y reproductiva |
| Profesión | MATRONA |
| Horas trabajadas semanales | 44 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18/06/2024 |

| | |
|------------------|-----------|
| NÚMERO DE BOLETA | 10 |
| MONTO BOLETA | 1.378.836 |

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 06 - 2024 | HASTA: 30 - 06 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1 | Controles prenatales | 0 |
| 2 | Controles ginecológicos | 32 |
| 3 | Controles de diada | 0 |
| 4 | Controles de regulación de fecundidad | 74 |
| 5 | Consejería salud sexual y reproductiva | 161 |
| 6 | Toma de examen PAP y VPH | 23 |
| 7 | Visitas integrales | 0 |
| 8 | Consultas abreviadas | 34 |
| 9 | Toma de TRVIH | 9 |
| 10 | Solicitud de mamografía | 48 |
| 11 | Rescate telefónico en contexto de gestantes inasistentes y PAP no vigente | 22 |

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 | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| Nombre Completo: RUT: _____ | Nombre Completo: RUT: _____ |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: _____ | Nombre Completo: RUT: _____ |