



| | |
|--------------------------------------|---|
| 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 JUNIO 2024 |

| | |
|-------------------|---|
| MONTO Y N° BOLETA | BOLETA N°8, MONTO BRUTO: 932.760 |
|-------------------|---|

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

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|------------------------------|-------------------|---|
| 1 | CONTROL ADOLESCENTE | 25 | -CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP) |
| 2 | CONSEJERIA INDIVIDUAL | 103 | -INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA |
| 3 | CONSEJERIA FAMILIAR | 9 | -SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL |
| 4 | REM | 1 | -MENSUAL |
| 5 | PLANIFICACIÓN | 6 | -REUNIONES CON |

| | | | |
|---|-----------------------------------|----|---|
| | | | CONVIVENCIA COLEGIO JAVIERA CARRERA -REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA -REUNION DE EQUIPO EAAA -REUNIONES CON RESIDENCIAS |
| 6 | ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO | 10 | MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES: -FERIA EDUCATIVA RURAL -CONVERSATORIO DIVERSIDAD SEXUAL -FERIA EDUCATIVA RURAL |
| 7 | ACTIVIDAD COMUNITARIA | 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. Jurídica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| | NO APLICA |
| Nombre Completo: JAVIERA ANDREA SANTONI HONORES RUT..... | Nombre Completo: RUT: |

| | |
|---|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|  | |
| Nombre Completo: <i>Pablo Montecinos</i> RUT: _____ | Nombre Completo: RUT: |