



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	FERIADO LEGAL: 26 DE AGOSTO DEL 2024.
Días licencia	NA
Fecha Informe	18 DE AGOSTO DEL 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°58, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	-----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-08-2024	HASTA: día - mes- año 31-08-2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------


FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
---

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	35	-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)
2	CONSEJERIA INDIVIDUAL	140	-INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA
3	CONSEJERIA FAMILIAR	7	-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL
4	REM	1	-MENSUAL
5	TALLER GRUPAL	2	TALLER DE SSYR EN COLEGIO ALFALFARES Y COLEGIO PIERROT
6	PLANIFICACIÓN	4	-REUNIONES CON CONVIVENCIA COLEGIO SAINT JOHNS

			<b>-REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA -REUNION DE EQUIPO EEAA</b>
<b>7</b>	<b>ELABORACION DE MATERIAL EDUCTIVO</b>	<b>4</b>	<b>MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES: -FERIA LACTANCIA MATERNA PAC -TALLERES EN COLEGIO ALFALFARES Y PIERROT -FORMACIÓN DE MONITORES</b>

**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
	<b>NO APLICA</b>
<b>Nombre Completo: SOFÍA CONSTANZA POBLETE GONZÁLEZ.</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

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