

**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 <b>01-08-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-08-2024</b>
--------------------	--	--

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	<b>CONTROL ADOLESCENTE</b>	35	<b>-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)</b>
2	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>	140	<b>-INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA</b>
3	<b>CONSEJERIA FAMILIAR</b>	7	<b>-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL</b>
4	<b>REM</b>	1	<b>-MENSUAL</b>
5	<b>TALLER GRUPAL</b>	2	<b>TALLER DE SSYR EN COLEGIO ALFALFARES Y COLEGIO PIERROT</b>
6	<b>PLANIFICACIÓN</b>	4	<b>-REUNIONES CON CONVIVENCIA COLEGIO SAINT JOHNS</b>

			<b>-REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA</b> <b>-REUNION DE EQUIPO EEA</b>
<b>7</b>	<b>ELABORACION DE MATERIAL EDUCACTIVO</b>	<b>4</b>	<b>MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES:</b> <b>-FERIA LACTANCIA MATERNA PAC</b> <b>-TALLERES EN COLEGIO</b> <b>ALFALFARES Y PIERROT</b> <b>-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:</b> Patricio Romero <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>