

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN<br/>COD.201 SUELDO GENERAL</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                 |
|--|---------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM Pedro Aguirre Cerda      |
| Nombre Completo                          | Ashlie Solange Avalos Contreras |
| RUT                                      |                                 |
| Programa                                 | Salud sexual y reproductiva     |
| Profesión                                | MATRON/A                        |
| Horas trabajadas semanales               | 44 hrs                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                               |
| Días licencia                            | 0                               |
| Fecha Informe                            | 18/09/2024                      |

|                  |           |
|------------------|-----------|
| NÚMERO DE BOLETA | Nº 44     |
| MONTO BOLETA     | 1.378.836 |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 09 - 2024 | HASTA: 30 - 09 - 2024 |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|

|  |
|--|
| <b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b> |
|--|

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1  | Controles prenatales                             | Si        |
| 2  | Controles ginecológicos                          | Si        |
| 3  | Controles de diada                               | Si        |
| 4  | Controles de regulación de fecundidad            | Si        |
| 5  | Consejería salud sexual y reproductiva           | Si        |
| 6  | Toma de examen PAP y VPH                         | Si        |
| 7  | Visitas integrales                               | No        |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 | -         |

**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 GESFAM       |
| <b>Nombre Completo:</b> Ashlie Avalos Contreras<br><b>RUT:</b>             | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |

|  |  |
|--|--|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa   | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud     |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b> |