



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)</b>
--------------------------------------	---

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 OCTUBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>BOLETA N°21, MONTO BRUTO: 932.760</b>
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-10-2024</b>	<b>31-10-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL ADOLESCENTE</b>	<b>36</b>	<b>-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)</b>
<b>2</b>	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>	<b>56</b>	<b>-INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA</b>
<b>3</b>	<b>CONSEJERIA FAMILIAR</b>	<b>4</b>	<b>-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL</b>
<b>4</b>	<b>REM</b>	<b>1</b>	<b>-MENSUAL</b>
<b>5</b>	<b>TALLER GRUPAL</b>	<b>1</b>	<b>TALLER DE SSR EN FUNDACIÓN CIUDAD DEL NIÑO</b>
<b>6</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>	<b>4</b>	<b>-REUNIONES CON</b>

			<b>CONVIVENCIA COLEGIO SALESIANOS Y SAN MARTIN DE PORRES</b> <b>-REUNIONES CON LOS COORDINADORES DEL PROGRAMA</b> <b>-REUNION DE EQUIPO EEA</b>
7	<b>ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO</b>	4	<b>MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES:</b> <b>-TALLER EN FUNDACIÓN CIUDAD DEL NIÑO</b> <b>-CONVERSATORIO COLEGIO PEDRO AGUIRRE CERDA</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: JAVIERA ANDREA SANTONI HONORES</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: Gabriel González V.</b> <b>RUT:</b>