



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (COD 201 ADOLESCENTE COMUNAL)
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANGÉLICA MARCELA MORENO AGUIRRE
RUT	
Programa	PROGRAMA ADOLESCENTE
Profesión	ENFERMERA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS SEMANALES
Días administrativo permiso vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	30 DE NOVIEMBRE

MONTO Y N° BOLETA	\$1.149.030, BOLETA N°2
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 06-11-2024	HASTA: día - mes- año 30-11-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	72	Aplicación de ficha CLAP, realización de diagnóstico nutricional, medidas antropométricas, control de presión arterial y examen de agudeza visual.
2	REUNION VINCULACION CON EL MEDIO (ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL)	0	
3	TALLER GRUPAL	0	
4	REUNION INTERSECTORIAL	2	Reunión de equipo con encargada de programa
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	0	
6	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	0	

7	REALIZAR DERIVACIONES A ESPACIO AMIGABLE, SEGÚN CORRESPONDA	3	De forma semanal
8	REALIZAR DERIVACIONES A PROFESIONALES DE DIVERSOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD PARA SU INTERVENCION	1	Al finalizar intervención en el establecimiento educacional
9	EJECUCION DE INFORMES PARA LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	0	Informe entregado con datos estadísticos a Colegio salesianos
10	ENTREGA DE CARNET DEL ADOLESCENTE A LOS ESTABLECIMIENTOS EDUCACIONALES	72	Se entrega carnet a salesianos
11	REGISTRO FICHA CLINICA AVIS	72	
12	ELABORACION DE REM MENSUAL	1	

REALIZACION DE DIAGNOSTICOS NUTRICIONALES (EN BASE A MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS, DADAS POR EL CONTROL DE SALUD)

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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: ANGÉLICA MARCELA MORENO AGUIRRE RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: Patricia Romero RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____