Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES)

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	JAVIERA HERRERA SANDOVAL
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES/PAP MÓVIL
Profesión	MATRONA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	**BOLETA N°20, MONTO BRUTO: 777.300**

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	**CONTROL ADOLESCENTE**	8	-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)
2	**CONSEJERIA INDIVIDUAL**	17	-INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA
3	**CONSEJERIA EN SSYR**	8	-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL
4	**REM**	2	-MENSUAL EEAA -MENSUAL PAP MOVIL
5	**PARTICIPACIÓN CON CENTRO DE**	1	-LICEO GREGORIO

	SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)		**CORDOVEZ, FERIA SALUD MENTAL**
6	**REUNION INTERSECTORIAL**	**2**	**-REUNION CON EQUIPO Y ENCARGADA EEAA**
7	**APOYO PAP MOVIL**	**21**	**-TOMA DE PAP -CONTROL**

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 **NO APLICA**
Nombre Completo: JAVIERA IGNACIA HERRERA SANDOVAL **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

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