



| | |
|--------------------------------------|---|
| 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 | 31-12-2024 |

| | |
|-------------------|---|
| MONTO Y N° BOLETA | BOLETA N°22, MONTO BRUTO: 932760 |
|-------------------|---|

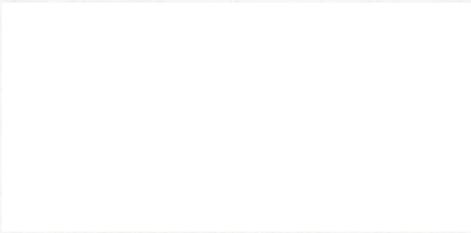
| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01-12-2024 | 31-12-2024 |

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-------------------------------|-------------------|---|
| 1 | CONTROL ADOLESCENTE | 0 | -CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP) |
| 2 | CONSEJERIA INDIVIDUAL | 0 | -INGRESO A REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL DE REGULACIÓN DE FECUNDIDAD -CONTROL GINECOLÓGICO -CONSULTA ABREVIADA |
| 3 | CONSEJERIA EN SSYR | 0 | -SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL |
| 4 | REM | 2 | -MENSUAL EAA -MENSUAL PAP MOVIL |
| 5 | REUNION INTERSECTORIAL | 2 | -REUNION CON EQUIPO Y |

| | | | |
|----------|------------------------|-----------|---|
| | | | ENCARGADA EEA |
| 6 | APOYO PAP MOVIL | 26 | -TOMA DE PAP -CONTROL GINECOLÓGICO |

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 |
|  | |
| Nombre Completo: JAVIERA IGNACIA HERFERA 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: |