

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD. 227 ESPACIOS AMIGABLES</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL
Nombre Completo	VANESSA CAROLINA PEÑAILILLO TILLERIA
RUT	
Programa	PROGRAMA ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	MATRONA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES (2 DÍAS TRABAJADOS)
Días permiso administrativo o vacaciones	NA
Días licencia	NA
Fecha Informe	30 DE ABRIL DE 2025

NÚMERO DE BOLETA	<b>34</b>
MONTO BOLETA	<b>60.024</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-04-2025</b>		<b>02-04-2025</b>

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

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Nº de horas dedicadas	Observaciones (detalle de actividad, N° de beneficiarios, lugar donde se desarrolla y/u otro)
1	CONTROL INTEGRAL DEL ADOLESCENTE	3	8	Aplicación de Ficha CLAP en establecimiento educacional. - Usuarios/as asistentes: 4 - Usuarios/as inasistentes:5
2	CONSEJERÍA INDIVIDUAL ASOCIADA A FICHA CLAP	3	8	Consejería y entrega de guías anticipatorias.
3	INGRESO REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	4	2	Extensión horaria CESFAM PAC y CESA. - Usuarios/as asistentes: 4 - Usuarios/as inasistentes:0
4	CONTROL REGULACIÓN DE FECUNDIDAD	12	4	Extensión horaria CESFAM PAC y CESA. - Usuarios/as asistentes: 6 - Usuarios/as inasistentes:3
5	COORDINACIÓN LOCAL E INTERSECTOR	2	2	- Reunión Equipo EEAA - Reunión con Liceo GM.
6	ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	2	4	Creación de material audiovisual para talleres.

7	ACTIVIDADES DE ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN	1	5	- Inducción a nuevo profesional Equipo EAAA, orientación en terreno. - Elaboración Informe de Casos Ficha CLAP
8				
9				
10				

**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: VANESSA CAROLINA PEÑAILILLO TILLERIA</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: Barbara Victoria Olivares</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>