



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	SOFIA CONSTANZA POBLETE GONZÁLEZ
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 JULIO 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>BOLETA N°54, MONTO BRUTO: 932.760</b>
-------------------	------------------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-07-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-07-2024</b>
--------------------	--------------------------------------------	--------------------------------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL ADOLESCENTE</b>	<b>20</b>	<b>-CONTROL ADOLESCENTE (FICHA CLAP)</b>
<b>2</b>	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>	<b>99</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>5</b>	<b>-SALUD MENSTRUAL -ORIENTACIÓN EN MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS -HIGIENE GENITAL</b>
<b>4</b>	<b>REM</b>	<b>1</b>	<b>-MENSUAL</b>

5	<b>PLANIFICACIÓN</b>	5	-REUNIONES CON COLEGIO MARTA BRUNET. -REUNIONES CON COORDINADORES DE PROGRAMA. - REUNIÓN EQUIPO EA. -REUNIONES CON RESIDENCIAS.
6	<b>ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO</b>	8	<b>MATERIAL AUDIOVISUAL Y EDUCATIVO PARA ENTREGAR A ESTUDIANTES:</b> -FERIA EDUCATIVA MARTA BRUNET, RESIDENCIAS HATARY, ESPERANZA Y LAE IP..
7	<b>ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>	1	-FERIA EDUCATIVA COLEGIO MARTA BRUNET

**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: SOFÍA CONSTANZA POBLETE GONZALEZ</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
--------------------------------------	------------------------------------



**Pablo Montecinos A.**  
Kinesiólogo

<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>