

227. INFORME MENSUAL DE PRESTACIÓN DE SERVICIO "ESPACIOS AMIGABLES"

| | |
|---------------------|-------------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Dr. Emilio Schaffauser Acuña |
| Nombre | Nicole Pontio Cataldo |
| Profesión | Nutricionista |
| Horas trabajadas | 21 hrs. |
| Programa o convenio | Espacios Amigables |

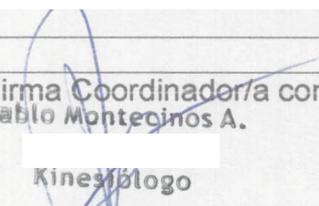
MONTO Y NUMERO BOLETA \$ 182.070 Boleta N° 25

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 21-11-23 | 31-12-23 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | | RESULTADO (ACCIONES) |
|----|---|----------------------|
| 1 | CONTROL de ADOLESCENTE (NUTRI, MATRONA, ETC) | 28 |
| 2 | APLICACIÓN DE FICHA CLAP | |
| 3 | TALLER EDUCATIVO (NUTRICIONAL, SEXUAL, SALUD METNAL, ETC) | |
| 4 | Operativo Extramural (EN ESTABLECIMIENTO EDUCACIONAL) | |
| 5 | CONSEJERIA | |
| 6 | Otras (especificar las acciones) | |

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 Programa. 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.

| | |
|---|---|
| FIRMA | |
| FECHA INFORME | 18-12-23 |
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa |
|  |  Kinesiólogo |
| Nombre: Claudia Gallardo Cortes | Nombre: |