



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA ELIGE VIDA SANA COD 250)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Camila Victoria Artal Barraza
RUT	
Programa	Elige Vida Sana
Profesión	Nutricionista
Horas trabajadas semanales	33 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día de vacaciones y 2 días administrativos
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$913.044 Boleta n° 31
-------------------	------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-03-2024</b>	<b>31-03-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>INGRESO AL PEVS</b>	<b>38</b>	
<b>2</b>	<b>EGRESO PEVS</b>	<b>0</b>	
<b>3</b>	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, NUTRICIONAL SALUD MENTAL)</b>	<b>0</b>	
<b>4</b>	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>3</b>	
<b>5</b>	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	<b>0</b>	
<b>6</b>	<b>REM</b>	<b>1</b>	<b>01 - 03 - 2024</b>
<b>7</b>	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>90</b>	<b>Impresión de pautas alimentarias, consentimientos informados y confección de material para redes sociales (reels)</b>
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><b>NO APLICA</b></p>
<p><b>Nombre Completo:</b> Camila Artal Barroza <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>