



| | |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (CONVENIO ESPACIOS AMIGABLES) |
|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|

| | |
|------------------------------------------|-------------------------------|
| Establecimiento | COMUNAL |
| Nombre Completo | MARIA JOSE RAMIREZ GONZALEZ |
| RUT | |
| Programa | ESPACIOS AMIGABLES |
| Profesión | NUTRICIONISTA |
| Horas trabajadas semanales | 33 HORAS SEMANALES |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NA ^c |
| Días licencia | NA |
| Fecha Informe | 18 DE MARZO 2024 ¹ |

| | |
|-------------------|------------------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | BOLETA N°5 , MONTO BRUTO: 932.760 |
|-------------------|------------------------------------------|

| | | |
|--------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-03-2024 | HASTA: día - mes- año 31-03-2024 |
|--------------------|--------------------------------------------|--------------------------------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--------------------------------------------|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1 | CONTROL ADOLESCENTE | | |
| 2 | TALER GRUPAL | 5 | 2 talleres de GABAS en la población chilena (Liceo Gabriela mistral) 3 talleres de Nutrición emocional y alimentación consciente (Colegio Japón) |
| 3 | CONSEJERIA INDIVIDUAL | | |
| 4 | CONSEJERIA FAMILIAR | | |
| 5 | EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION | | |
| 6 | OTRO | | |
| 7 | REM | | |
| 8 | PLANIFICACIÓN | 12 | Reunión con los coordinadores del convenio |

| | | | |
|----|-----------------------------------------------------|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | | <p>Reunión con 3 colegios de la Región de Coquimbo (Japón, Gabriela mistral y Javiera Carrera).</p> <p>Reunión con encargados del programa adolescente</p> <p>Reunión ampliada CESA</p> |
| 9 | ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO | 10 | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentación saludable • Actividad física • Alimentación consciente • Material de las guías de alimentación para la población Chilena • Elaboración de material didáctico para actividad grupal |
| 10 | ANTROPOMETRÍA Y SIGNOS VITALES EN FICHA CLAP | 14 | <ul style="list-style-type: none"> • 14 evaluaciones nutricionales de antropometría y signos vitales a adolescentes en fichas CLAP |

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. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
| | <u>NO APLICA</u> |
| Nombre Completo: María José Ramírez González RUT: | Nombre Completo: RUT: |

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

