



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

			Reunión con 3 colegios de la Región de Coquimbo (Japón, Gabriela mistral y Javiera Carrera). Reunión con encargados del programa adolescente Reunión ampliada CESA
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 NO APLICA
Nombre Completo: María José Ramírez González RUT:	Nombre Completo: RUT:

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

