



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

Establecimiento	Edificio comunal
Nombre Completo	Mackarena Constanza Rojas Campusano
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	Nutricionista
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	NA
Fecha Informe	21 de agosto 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°14, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-08-2024	HASTA: día - mes- año 31-08-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	26	<ul style="list-style-type: none"> Consulta nutricional por derivación ficha clap
2	TALER GRUPAL	1	<ul style="list-style-type: none"> Taller de monitores
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	36	<ul style="list-style-type: none"> Consejería nutricional individual realizado en el Liceo Marta brunet. Consejería nutricional individual realizado en el Colegio Japón
4	CONSEJERIA FAMILIAR		
5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION		
6	OTRO		
7	REM	1	<ul style="list-style-type: none"> Rem mensual
8	PLANIFICACIÓN	2	<ul style="list-style-type: none"> Reunión con los coordinadores del

			convenio <ul style="list-style-type: none"> • Reunión con el equipo
9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	3	<ul style="list-style-type: none"> • Contenido en redes sociales. (Instagram) • Elaboración de material educativo para consejería nutricional • Elaboración de material didáctico para talleres nutricionales
10	ACTIVIDAD COMUNITARIA	0	•

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: Mackarena Constanza Rojas Campusano RUT:	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: Patricia Romero RUT:	Nombre Completo: RUT: