



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

|                                          |                                                 |
|------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 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 | ½ día permiso administrativo y 1 día vacaciones |
| Días licencia                            | NA                                              |
| Fecha Informe                            | 23 DE SEPTIEMBRE 2024                           |

|                   |                                          |
|-------------------|------------------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>BOLETA N°10, MONTO BRUTO: 932.760</b> |
|-------------------|------------------------------------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-09-2024</b>     | <b>30-09-2024</b>     |

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

| N°       | Funciones según PRAPS                          | N° de Actividades | Observaciones                                                                                                                          |
|----------|------------------------------------------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>CONTROL ADOLESCENTE</b>                     | <b>18</b>         | <b>Consulta nutricional derivada de Ficha CLAP en Colegio japon, marta Brunet y edificio comunal.</b>                                  |
| <b>2</b> | <b>TALER GRUPAL</b>                            | <b>0</b>          |                                                                                                                                        |
| <b>3</b> | <b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>                   | <b>33</b>         | <b>Consejería nutricional derivada de Ficha CLAP</b>                                                                                   |
| <b>4</b> | <b>CONSEJERIA FAMILIAR</b>                     | <b>0</b>          |                                                                                                                                        |
| <b>5</b> | <b>EDUCACION A PROFESIONALES<br/>EDUCACION</b> | <b>0</b>          |                                                                                                                                        |
| <b>6</b> | <b>OTRO</b>                                    | <b>2</b>          | <b>Grabación prensa CGGV cápsula educativa "bebidas energéticas"<br/>Operativo Fichas CLAP: Toma de signos vitales y antropometría</b> |
| <b>7</b> | <b>REM</b>                                     | <b>1</b>          | <b>REM mensual</b>                                                                                                                     |

|    |                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----|-----------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8  | PLANIFICACIÓN                     | 4  | 2 Reuniones con los coordinadores del programa.<br>1 Reunión de equipo<br>1 Reunión convivencia escolar con colegio alfalfares                                                                                                                                                                           |
| 9  | ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO | 10 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Contenido redes sociales (Instagram)</li> <li>• Elaboración material educativo consejerías nutricionales.</li> <li>• Elaboración material educativo para ferias de salud</li> <li>• Elaboración de material audiovisual para monitores de nutrición.</li> </ul> |
| 10 | ACTIVIDAD COMUNITARIA             | 1  | Feria de salud en Colegio Las Rojas                                                                                                                                                                                                                                                                      |

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

|                                                                                                                                 |                                    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br><br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: Patricia Romero<br>RUT: _____                                                                                  | Nombre Completo:<br>RUT:           |