



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	1 día permiso administrativo
Días licencia	NA
Fecha Informe	02 DE DICIEMBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°12, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 18-10-2024	HASTA: día - mes- año 31-10-2024
--------------------	--	--

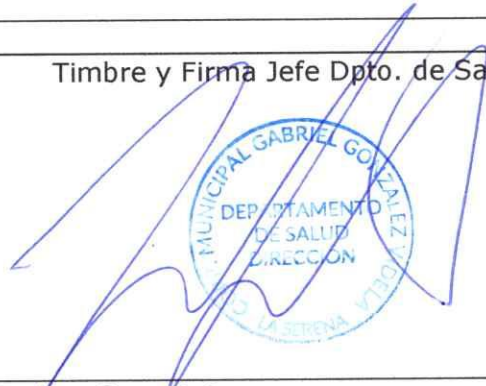
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	0	
2	TALER GRUPAL	1	PRM Fundación Ciudad del Niño
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	17	Consejería nutricional derivada de Ficha CLAP
4	CONSEJERIA FAMILIAR	0	
5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION	0	
6	OTRO	1	Operativo ficha clap Escuela Industrial Salesiano San Ramón.
7	REM	1	REM mensual
8	PLANIFICACIÓN	2	1 Reunión con los coordinadores del programa. 1 Reunión de equipo

9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	10	• Contenido redes sociales (Instagram) • Elaboración material educativo consejerías nutricionales. • Elaboración material educativo para ferias de salud • Elaboración de material audiovisual para monitores de nutrición.
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. Jurídica)	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
	
Nombre Completo: Patricia Romero RUT: _____	Nombre Completo: RUT:



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	0
Días licencia	NA
Fecha Informe	02 DE DICIEMBRE 2024

MONTO Y N° BOLETA	BOLETA N°12, MONTO BRUTO: 932.760
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	30-11-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONTROL ADOLESCENTE	0	
2	TALER GRUPAL	1	Alimentación saludable programa PAI
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	34	Consejería nutricional derivada de Ficha CLAP
4	CONSEJERIA FAMILIAR	0	
5	EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION	0	
6	OTRO	1	Operativo ficha clap Escuela Industrial Salesiano San Ramón.
7	REM	1	REM mensual
8	PLANIFICACIÓN	2	1 Reunión con los coordinadores del programa. 1 Reunión de equipo

9	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	10	• Contenido redes sociales (Instagram) • Elaboración material educativo consejerías nutricionales. • Elaboración material educativo para ferias de salud • Elaboración de material audiovisual para monitores de nutrición.
10	ACTIVIDAD COMUNITARIA	3	• Feria salud Liceo Gregorio Cordovez • Feria salud Junta de vecinos las compañías • Entrevista Radio Montecarlo • Grabación video "Día mundial de la diabetes".

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
	<u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: <u>María José Ramírez González</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
	
Nombre Completo: <u>Patricia Romero</u> RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____