



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

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	2 días de permisos administrativos 3 días de vacaciones
Días licencia	NA
Fecha Informe	31 de diciembre 2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>BOLETA N°21, MONTO BRUTO: 932.760</b>
-------------------	--

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-12-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>31-12-2024</b>
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>CONTROL ADOLESCENTE</b>	<b>0</b>	
<b>2</b>	<b>TALER GRUPAL</b>	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Taller para fundación ciudad del niño</li> </ul>
<b>3</b>	<b>CONSEJERIA INDIVIDUAL</b>	<b>4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consejería nutricional individual realizado en colegio Alfalfares</li> </ul>
<b>4</b>	<b>CONSEJERIA FAMILIAR</b>		
<b>5</b>	<b>EDUCACION A PROFESIONALES EDUCACION</b>		
<b>6</b>	<b>OTRO</b>		
<b>7</b>	<b>REM</b>	<b>1</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rem mensual</li> </ul>
<b>8</b>	<b>PLANIFICACIÓN</b>	<b>3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión con los coordinadores del convenio</li> <li>Reunión de equipo</li> </ul>
<b>9</b>	<b>ELABORACION DE MATERIAL</b>	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contenido en redes</li> </ul>

	<b>EDUCATIVO</b>		<b>sociales. (Instagram)</b>
<b>10</b>	<b>ACTIVIDAD COMUNITARIA</b>	<b>2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Entrevista en radio Montecarlo</b></li> <li>• <b>Entrevista en radio Guayacán</b></li> </ul>

**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>

<b>Nombre Completo: Mackarena Constanza Roias Campusano</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
--	--

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

<b>Nombre Completo:</b> <i>Patricia Romero</i> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
---	--