



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

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL
Nombre Completo	CAROLINA PAZ ARÉVALO GAJARDO
RUT	
Programa	ESPACIOS AMIGABLES
Profesión	NUTRICIONISTA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS TOTAL MES: 132 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	2 Permisos administrativos (25 y 26 de junio)
Días licencia	0
Fecha Informe	30-06-2025

NÚMERO DE BOLETA	117
MONTO BOLETA	900.355.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año /	HASTA: día - mes- año
	01-06-2025	30-06-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Nº de horas dedicadas	Observaciones (detalle de actividad, Nº de beneficiarios, lugar donde se desarrolla y/u otro)
1	CONSULTA DE PROFESIONALES NO MÉDICAS NUTRICIONISTA	25	12,5	SE REALIZAN CONSULTAS NUTRICIONALES DERIVADAS DESDE FICHA CLAP Y CONTROLES NUTRICIONALES. AGENDADOS: 25 ATENDIDOS: 13
2	TALLER GRUPAL	24	34	TALLER ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN COLEGIO ALFALFARES (2 TALLERES 12 BENEFICIARIOS) TALLER DE ALIMENTACIÓN

				TALLER DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN COLEGIO PROVIDENCIA (23 TALLERES 391 BENEFICIARIOS) TALLER DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE EN RESIDENCIA HATARY (1 TALLER 5 BENEFICIARIOS)
3	CONSEJERÍA INDIVIDUAL	11	5,5	SE REALIZAN CONSEJERÍAS NUTRICIONALES DERIVADAS DESDE FICHA CLAP AGENDADOS: 11 ATENDIDOS: 9
4	REUNIONES DE COORDINACIÓN LOCAL E INTERSECTORIAL	6	15,75	-REUNIÓN DE COORDINACIÓN CON JEFATURA Y LOCAL EN CRFI (3 REUNIONES) -3 VIDEOCONFERENCIA
5	ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO	23	25,25	SE REALIZA ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO BENEFICIARIOS: 89
6	ACTIVIDAD COMUNITARIA	1	1	SE REALIZA FERIA EDUCATIVA EN COLEGIO SALESIANOS
7	APOYO FICHA CLAP	4	13,5	SE REALIZA MEDICIÓN DE PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS EN APOYO DE FICHA CLAP BENEFICIARIOS:
8	REM MENSUAL	1	4	ESTADÍSTICA MENSUAL

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: Carolina Paz Arévalo Gajardo. RUT: _____	Nombre Completo: RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo: *Barbara Quiroga Olaverias*
RUT:



Enfermera

Nombre Completo:
RUT: