

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION CÓD. 227 ESPACIOS AMIGABLES
--------------------------------------	---

Establecimiento	CENTRO DE RESOLUTIVIDAD FAMILIAR INTEGRAL (CRFI)
Nombre Completo	MARIA JOSE RAMIREZ GONZALEZ
RUT	
Programa	Programa Espacios Amigables
Profesión	NUTRICIONISTA
Horas trabajadas semanales	33 HORAS SEMANALES Total mes: 132 HORAS MENSUALES
Días permiso administrativo o vacaciones	2 días vacaciones y 1/2 día administrativo
Días licencia	0
Fecha Informe	30-06-2025

NUMERO DE BOLETA	22
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 MEDICAS NUTRICIONISTA	28	18,5	Consulta nutricional derivada de Ficha CLAP en Colegio Salesiano, Colegio japon y Colegio alfalfares. (28 Beneficiarios) Atendidos: 8 No asistidos: 20
2	TALER GRUPAL	24	34	Taller de alimentación consciente (Colegio alfalfares, providencia y residencia hatary) (414 Beneficiarios)
3	CONSEJERIA INDIVIDUAL	15	7,5	Consejería individual de alimentación saludable y actividad física derivada de Ficha CLAP en Colegio Salesiano y Colegio japon. (15 Beneficiarios) Atendidos: 6 No asistidos: 9
4	REUNIONES DE COORDINACION LOCAL E	7	18	-4 Reunión de coordinación equipo (9 horas) -3 Videoconferencia (9 horas)

	INTERSECTORIAL			
5	ELABORACION DE MATERIAL EDUCATIVO	21	23,75	Elaboración material educativo, consultas, consejerías, ferias educativas y redes sociales. (457 beneficiados).
6	ACTIVIDAD COMUNITARIA	1	3	Feria de la diversidad cardenal caro (3 horas).
7	APOYO FICHAS CLAP	5	5	Apoyo medición antropometría en fichas Clap en Residencia hatary (5 Beneficiarios)
8	REM	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 NO APLICA
Nombre Completo: María José Ramírez González RUT:	Nombre Completo: RUT:

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