

INFORME MENSUAL RENDICIÓN DE ACTIVIDADES
PRAPS PROGRAMA EUGE VIDA SANA 2024

Mes: FEBRERO

1. Antecedentes Generales:

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Comuna | LA HIGUERA |
| Establecimiento de Salud | CESFAM LA HIGUERA |
| Encargado Comunal PEVS | FRANCISCA VIDAL |
| Encargado Convenio (u otra figura) | JONATHAN CHAVEZ |
| Nombre profesional (ejecutor) | FRANCISCA VIDAL |
| Profesion | Nutricionista |
| Calidad contractual | HONORARIO |
| Nro. de horas trabajadas | 11 HRS |

2. Funciones y actividades a realizar durante el mes en curso:

| Nutricionista | Si | No | Observaciones |
|---|----|----|------------------------|
| 1. Actividades de coordinación del programa | X | | |
| 2. Planificación o adecuación de las prestaciones a ejecutar. | X | | |
| 3. Participación en reuniones PEVS | X | | REUNION REFERENTE PEVS |
| 4. Participación en las actividades de capacitación | | X | |
| 5. Envío monitoreos al encargado del PEVS u otra dependencia | | X | |
| 6. Otras actividades | | X | |

3. Prestaciones a realizar:

| 1. Consulta Nutricional de ingreso (si corresponde) | si | no | N°de consultas nutricionales de ingreso | Registro de consulta nutricional en la planilla PEVS o Plataforma de cada usuario directo (según corresponda) (si/no) | N° de consultas nutricionales de ingreso registradas en el REM | N° de consultas nutricionales de ingreso registradas en AVIS/ RAYEN o ficha clinica en papel | Observaciones |
|---|----|----|---|--|--|--|---------------|
| a) Consulta Nutricional de ingreso en niños y niñas de 2 a 5 años | | X | | | | | |
| b) Consulta Nutricional de Ingreso de niños / niñas y adolescentes de 6 a 19 años | | X | | | | | |
| c) Consulta Nutricional de Ingreso de personas adultas de 20 a 64 años. | | X | | | | | |
| 1. Consulta Nutricional de Seguimiento (si corresponde) | si | no | N°de consultas nutricionales de seguimiento | Registro de consulta nutricional en la planilla PEVS o Plataforma de cada usuario directo (según corresponda) (si/no) | N° de consultas nutricionales de seguimiento registradas en el REM | N° de consultas nutricionales de seguimiento registradas en AVIS/ RAYEN o ficha clinica en papel | Observaciones |
| a) Consulta Nutricional de ingreso en niños y niñas de 2 a 5 años | | X | | | | | |
| b) Consulta Nutricional de Ingreso de niños / niñas y adolescentes de 6 a 19 años | | X | | | | | |
| c) Consulta Nutricional de Ingreso de personas adultas de 20 a 64 años. | | X | | | | | |



| 2. Círculos de vida sana o talleres | si | no | N°de círculos o talleres | Registro de círculos o talleres registrados en planilla PEVS o Plataforma de cada usuario directo (según correspondal | N° de círculos o talleres registrados en el REM | N° de círculos registrados en AVIS o RAYEN (usuarios directos) | Observaciones |
|--|----|----|-----------------------------|--|---|--|---------------|
| a)Círculos de vida sana en niños y niñas de 2 a 5 años | | X | | | | | |
| b)Círculos de vida sana en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años | | X | | | | | |
| c) Círculos de vida Sana en personas de 20 a 64 años | | X | | | | | |
| d) Actividades recreativas y familiares, encuentros , eventos o jornadas masivas | si | no | Nombre de la actividad | N° de Participantes | N° de actividades masivas registradas en el REM | Observaciones | |
| | | X | | | | | |
| e)Sección M: Actividades Programa Elige Vida Sana por llamada telefónica | si | no | Registro en el REM (si /no) | Observaciones | | | |
| | | X | | | | | |

INFORME MENSUAL RENDICIÓN NOMINA DE USUARIOS PRESTACIONES RECIBIDAS DURANTE EL MES EN CURSO

Prestaciones recibidas durante el mes en curso por el profesional Nutricionista (niños y niñas de 2 a 5 años)

| NOMBRE | RUT | Consulta Nutricional de ingreso durante el mes a rendir (si /no) | Consulta Nutricional de Seguimiento durante el mes a rendir (si/no) | N° de círculos de vida sana que usuario participo que fue realizado por la Nutricionista | Actividades recreativas y familiares, encuentros , eventos o jornadas masivas (si/no) | Otras actividades (nombrar) |
|--------|-----|--|---|--|---|-----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prestaciones recibidas durante el mes en curso por el profesional Nutricionista (niños , niñas y adolescentes de 6 a 19 años)

| NOMBRE | RUT | Consulta Nutricional de ingreso durante el mes a rendir (si /no) | Consulta Nutricional de Seguimiento durante el mes a rendir (si/no) | N° de círculos de vida sana que usuario participo que fue realizado por la Nutricionista | Actividades recreativas y familiares, encuentros , eventos o jornadas masivas (si/no) | Otras actividades (nombrar) |
|--------|-----|--|---|--|---|-----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Prestaciones recibidas durante el mes en curso por el profesional Nutricionista (personas de 20 a 64 años)

| NOMBRE | RUT | Consulta Nutricional de ingreso durante el mes a rendir (si /no) | Consulta Nutricional de Seguimiento durante el mes a rendir (si/no) | N° de círculos de vida sana que usuario participo que fue realizado por la Nutricionista | Actividades recreativas y familiares, encuentros , eventos o jornadas masivas (si/no) | Otras actividades (nombrar) |
|--------|-----|--|---|--|---|-----------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Nombre FRANCISCA VIDAL GONZALEZ
Rut 19.463.372-6

firma y timbre del Coordinador /encargado de convenios/ director cesfam

Francisca Vidal
[Firma manuscrita]



INFORME MENSUAL RENDICIÓN DE ACTIVIDADES

Mes: FEBRERO

PRAPS PROGRAMA ELIGE VIDA SANA 2024: Encargado o coordinador del PEVS

1. Antecedentes Generales:

| | |
|-------------------------------------|-------------------|
| Comuna | LA HIGUERA |
| Establecimiento de Salud | CESFAM LA HIGUERA |
| Encargado Comunal PEVS | FRANCISCA VIDAL |
| Encargado Convenio (u otra figura) | JONATHAN CHAVEZ |
| Nombre profesional (ejecutor) | FRANCISCA VIDAL |
| Profesion | NUTRICIONISTA |
| Calidad contractual | HONORARIO |
| Nro. de horas trabajadas | 5 HRS |

2. Funciones y actividades a realizar durante el mes en curso:

| Coordinador del Programa | Si | No | N/A | Observaciones |
|---|----|----|-----|-----------------|
| 1. Actividades de coordinación del programa | X | | | |
| 2. Coordinar recursos humanos y materiales para la realización del Programa | | X | | |
| 3. Elaboración en conjunto con el equipo de salud Plan de actividades del PEVS y actualización de estrategias de acuerdo al desarrollo del programa | X | | | |
| 4. Planificación de reuniones de equipo, con jefaturas, directores o intersector. | X | | | |
| 5. Actualización de la carta Gant de acuerdo a situaciones locales, contingencia, etc. | | X | | |
| 6. Validación de los registros de las prestaciones en la plataforma o planilla excell, REM, registros en ficha clínica. | | X | | |
| 7. Envío monitoreos al Servicio de Salud o a Jefaturas del DESAM o DISAM | | X | | |
| 8. Supervisión en forma aleatoria de la ejecución de las actividades de los diferentes profesionales. | X | | | |
| 9. Informar oportunamente a su jefatura de las dificultades en la ejecución del programa, así como alternativas de solución. | | X | | |
| 10. Informa a sus jefaturas y encargada del Servicio de Salud de los logros alcanzados por el equipo del PEVS | X | | | |
| 11. Participación en reuniones mensuales PEVS | X | | | REUNION REFEREN |
| 12. Participación en las actividades de capacitación | | X | | |
| 13. Reuniones con equipo PEVS . | X | | | |
| 14. Otras actividades | | X | | |

Nombre *Francisca Vidal*

Rut *19463372-6*

firma y timbre del Coordinador /encargado de convenios/ director cesfam

Francisca Vidal

Francisca

