



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA ALEMANIA
Nombre Completo	DAVID FELIX LOPEZ TORRES
RUT	
Programa	CECOSF
Profesión	KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-07-2024

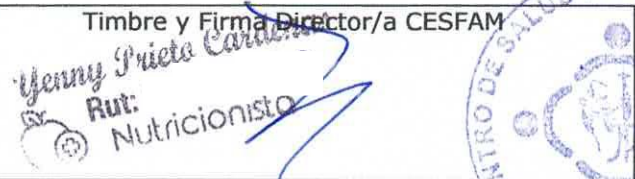
MONTO Y N° BOLETA	\$689.418 N°13
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-07-2024		31-07-2024

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A TALLERES</b>	10	3 ingresos taller de artrosis; 7 ingresos taller riesgo de caidas(proyección)
2	<b>EGRESO DE TALLERES</b>		
3	<b>EVALUACIÓN INTERMEDIA</b>		
4	<b>ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL</b>	26	42 asistentes taller artrosis, 38 asistentes taller cardiovascular, 15 actividades realizadas; 11 actividades terapéuticas en proyección
5	<b>REUNIONES SALUD FAMILIAR, INTERSECTORIALES, OTRAS.</b>	3	3 Reuniones de salud familiar
6	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>	1	1 Intervención en colegio (16 participantes)
7	<b>RESCATES TELEFÓNICOS</b>	16	
8	<b>VISITAS DOMICILIARIAS</b>	7	4 usuarios ECICEP; 1 PADSS. 5 visitas domiciliarias realizadas; 2 visitas domiciliarias en proyección
9	<b>REGISTRO ESTADÍSTICO REM</b>	3	1 REM 26, 1 REM 27, 1 REM 28
10	<b>PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE TALLERES</b>	4	1 preparación de presentación taller

<b>Y MATERIAL EDUCATIVO, OTRAS.</b>	<b>1</b> preparación material educativo <b>2</b> preparación registro excel y selección de usuarios para taller.
-------------------------------------	---

**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. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
<b>Nombre Completo: David Felix Lopez Torres</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> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>