



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)
-------------------------------	---

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	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	Se informa prestaciones fuera del periodo de corte del mes anterior (octubre)
-------------------	---

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
19-10-2024		31-10-2024

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO A TALLERES		
2	EGRESO DE TALLERES		
3	SESIONES DE REHABILITACIÓN	2	atenciones individualizadas espontáneas.
4	ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL	2	9 asistentes en talleres de artrosis
5	REUNIONES SALUD FAMILIAR, INTERSECTORIALES, OTRAS.	5	2 Reuniones de salud familiar, 1 reunión Cecosf, 3 reuniones en establecimientos de educación.
6	ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	2	1 Intervención en jardín colonial (18 participantes), 1 intervención en escuela Santa Mariana(9 participantes).
7	RESCATES TELEFÓNICOS	5	3 rescates talleres de artrosis , 2 rescates visitas domiciliarias.
8	VISITAS DOMICILIARIAS	4	1 morbimortalidad crónica ; 3 dependientes severos/ 8 visitas domiciliarias en proyección.
9	REGISTRO ESTADÍSTICO REM	6	2.REM 26, 2 REM 27, 2 REM 28
10	PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE TALLERES Y MATERIAL EDUCATIVO, OTRAS.	3	2 preparativos y planificación Jardín Colonial, 1 preparación intervención escuela Santa Mariana(World, registro de asistencia, preparación

		de implementos).
--	--	------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

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.

Tim	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: David Félix López Torres RUT:-----	Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón RUT:-----
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

Alejandra Gottlieb C
Psicóloga



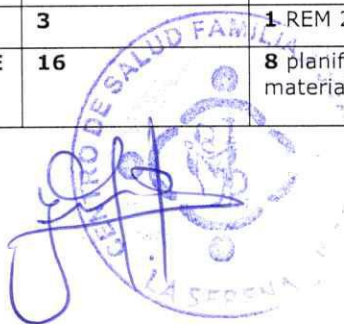
I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)
-------------------------------	---

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	1 permiso administrativo (devolución de horas).
Días licencia	
Fecha Informe	30-11-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$689.418 N°27
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-11-2024		30-11-2024

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO/EGRESO A TALLERES		
2	EMPA	5	5 empa realizado en Colegio Santa Mariana
3	CURSOS Y CAPACITACIONES	1	1 Capacitación presencial jornada completa "RCP basico, OVACE, heridas y quemaduras".
4	ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL	7	31 participantes de artrosis, 4 talleres cardiovasculares.
5	REUNIONES SALUD FAMILIAR, INTERSECTORIALES, OTRAS.	11	4 Reuniones de salud familiar, 6 reuniones con establecimientos educacionales para programación de actividades.
6	ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA	8	87 participantes en establecimientos de educación
7	RESCATES TELEFÓNICOS	5	5 inasistentes talleres de artrosis
8	VISITAS DOMICILIARIAS	5	2 morbimortalidad crónica ; 3 dependientes severos
9	REGISTRO ESTADÍSTICO REM	3	1-REM 26, 1 REM 27, 1 REM 28
10	PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE TALLERES Y MATERIAL EDUCATIVO, OTRAS.	16	8 planificaciones de intervenciones educacionales, 8 material e implementos/hojas de asistencia.



FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

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.	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: David Félix López Torres RUT:	Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón RUT:

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

Alejandra Gottlieb C
Psicóloga