



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (PROGRAMA ELIGE VIDA SANA COD 250)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	Edificio Comunal
Nombre Completo	Diego Alejandro Celis Rojas
RUT	
Programa	PEVS
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	33 Horas. /
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$913.044 ; N° 130 /
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-03-2024	HASTA: día - mes- año 31-03-2024
--------------------	-------------------------------------	-------------------------------------

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO AL PEVS</b>	<b>20</b>	
2	<b>EGRESO PEVS</b>	<b>0</b>	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, NUTRICIONAL SALUD MENTAL)</b>	<b>10</b>	
4	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>0</b>	
5	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	<b>0</b>	
6	<b>REM</b>	<b>1</b>	
7	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>1</b>	Alianza Colegio San Martin de Porres y Héroes de la Concepción.
8			
9			
10			

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><b>NO APLICA</b></p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Diego Alejandro Celis Rojas</i> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>