



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

Establecimiento	Cecosf Villa el Indio
Nombre Completo	Keylle Francisca Vicentelo Julio
RUT	
Programa	Centros Comunitario de Salud Familiar Cecosf
Profesión	Gestora Comunitaria ✓
Horas trabajadas semanales	44 horas ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día feriado legal - media jornada tarde permiso administrativo
Días licencia	0
Fecha Informe	18 MARZO 2023 ✓

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$655.758 BOLETA N° 16</b> ✓
-------------------	---------------------------------


PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-03-2024</b>		<b>31-03-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Cumplimiento de metas sanitarias , llamados telefónicos para confirmación de horas a usuario/as.	204	Llamados telefónicos.
2	Visita domiciliaria integral.	1	Junto a Trabajador Social.
3	Coordinación con intersectores en acciones comunitarias.	2	Junta de Vecinos y Programa Elige Vida Sana.
4	Encargada de taller de autocuidado y tejido.	1	Charla día internacional de la mujer.
5	Publicaciones en redes sociales.	13	Promoción y prevención en salud.
6	Educaciones grupales a talleres, programas, comunidad.	3	Charla días mundiales de la mujer, del riñón y del sueño.
7	Ferias y stand de promoción y participación.	2	Feria día internacional de la mujer, stand informativo enfermedades renales,

			difusión sobre la importancia de la higiene del sueño.
8	Recepción y agendamiento de horas en SOME.	-	Apoyo en horario colación de administrativa.

**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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Catalina Miranda</i> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> CATALINA CASTILLO MIRANDA <b>RUT:</b> DIRECTORA CESFAM CARDENAL CARO LA SERENA</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>