



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	Cristian Orlando Fuentes Amador
RUT	
Programa	Elige Vida Sana La Serena
Profesión	Kinesiólogo
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	0
Fecha Informe	18-03-24

MONTO Y N° BOLETA	\$ 1.217.392 Boleta N° 60
-------------------	-------------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-05-2024		31-05-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO AL PEVS	10	
2	EGRESO PEVS	0	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, NUTRICIONAL SALUD MENTAL)	50	
4	REUNION INTERSECTORIAL	2	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	3	Feria de salud en colegio maria educa, Feria antitabaco en plaza de armas y colegio americano.
6	REM	1	01-05-24
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	3	Reunión con coordinadora local de espacio amigable, reunión con coordinador, relleno de planilla y envio de conteo parcial de usuarios a SS
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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;">NO APLICA</p>
<p>Nombre Completo: <i>CRISTIAN FUENTES Amador</i> RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____ RUT: _____</p>