



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

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
Días licencia	0
Fecha Informe	18 MAYO 2024

MONTO Y N° BOLETA	\$655.758 BOLETA N° 23
-------------------	-------------------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Visita domiciliaria integral.	2	Junto a trabajador social.
2	Rescate domiciliarios.	3	-
3	Coordinación con intersectores en acciones comunitarias.	7	Coordinación con 1 jardín infantiles, 2 colegios y 4 instituciones gubernamentales.
4	Encargada de taller de autocuidado y tejido.	2	1 conmemoración Dia de la madre 1 campaña de invierno, tejido solidario.
5	Publicaciones en redes sociales.	12	Promoción y prevención en salud, difusión paro de funcionarios.
6	Educaciones grupales a talleres, programas, comunidad.	1	Charla en sala de espera junto a odontólogo.
7	Actividades comunitarias.	11	Comunidad Villa el indio.

	Stand de promoción.	1	Día Mundial de la Hipertensión Arterial.
9	Cumplimiento de metas sanitarias , llamados telefónicos para confirmación de horas a usuario/as.	170	Llamados telefónicos.
10	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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: KEYLLE VICENTELO RUT:	 Nombre Completo: CATALINA CASTILLO MIRANDA RUT:

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