

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b>
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	FRANCO IVER ESPINOZA AQUEA
RUT	
Programa	<b>Programa Elige Vida Sana</b>
Profesión	<b>Profesional de la Actividad Física Kinesiologo</b>
Horas trabajadas semanales	35 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	4 feriados legales
Días licencia	0
Fecha Informe	18-08-2024 /

MONTO BOLETA	<b>\$968.380</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>19-07-2024</b>	/	<b>18-08-2024</b> /

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

Nº	FUNCIONES PROFESIONAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realizar actividades de coordinación	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>2</b>	Elaboración en conjunto con el coordinador de programa del Plan de anual de actividades del Programa y la actualización de las estrategias de acuerdo al desarrollo del programa.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>3</b>	Planificación de las actividades a ejecutar y/o reprogramación de estas según corresponda.	<b>1</b>	<b>No aplica</b>
<b>4</b>	Participación en reuniones del PEVS.	<b>2</b>	<b>Fecha 31/07/2024 05/08/2024 Edificio Comunal</b>
<b>5</b>	Participación en capacitación.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>6</b>	Registro de actividades en ficha clínica, REM, plataforma o planilla MINSAL e informe mensual de gestión SISREC.	<b>1</b>	<b>01/08</b>
<b>7</b>	Envío monitoreo al encargado del PEVS y otra dependencia.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>8</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as de 2	<b>0</b>	<b>NO APLICA</b>

<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;"><u>NO APLICA</u></p>
<p><b>Nombre Completo: FRANCO IVER ESPINOZA AQUEA</b> <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>

**Pablo Montecinos A.**