

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL LA SERENA
Nombre Completo	DIEGO ALEJANDRO CELIS ROJAS
RUT	
Programa	Programa Elige Vida Sana
Profesión	Profesional de la Actividad Física
Horas trabajadas semanales	35
Días permiso administrativo o vacaciones	1 día completo administrativo (22-11-24)
Días licencia	0
Fecha Informe	03-12-2024

MONTO BOLETA	\$968.380 ; N° 153 /
--------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-11-2024	30-11-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO OCTUBRE
--

N°	FUNCIONES PROFESIONAL DE LA ACTIVIDAD FISICA	N° de Actividades	Observaciones
1	Realizar actividades de coordinación	-	NO APLICA
2	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.	-	NO APLICA
3	Planificación de las actividades a ejecutar y/o reprogramación de estas según corresponda.	4	Planificación de talleres preescolares, escolares y adultas.
4	Participación en reuniones del PEVS.	2	11-11 / 25-11
5	Participación en capacitación.	-	NO APLICA
6	Registro de actividades en ficha clínica, REM, plataforma o planilla MINSAL e informe mensual de gestión SISREC.	N° 702 1	REGISTRO DIARIO DE FICHAS CLINICAS POSTERIOR A INGRESO Y TALLERES. REM (02-12-2024)
7	Envío monitoreo al encargado del PEVS y	-	NO APLICA

	otra dependencia.		
8	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as de 2 a 5 años.	-	NO APLICA
9	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años.	-	NO APLICA
10	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso de personas adultas de 20 a 64 años.	-	NO APLICA
11	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 2 a 5 años.	14	TALLERES EN COLEGIO SAN MARTIN DE PORRES Y HEROES DE LA CONCEPCION
12	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 6 a 19 años.	13	TALLERES EN COLEGIO SAN MARTIN DE PORRES Y HEROES DE LA CONCEPCION
13	Realizar sesiones de actividad física en adultos de 20 a 64 años	9	TALLER DE ACTIVIDAD FISICA EN POLIDEPORTIVO LAS COMPAÑIAS
14	Realizar las actividades recreativas y familiares, encuentros, eventos o jornadas masivas (1 mensual).	-	NO APLICA
15	Realizar actividades de difusión de las actividades a través de las redes sociales	8	2 PUBLICACIONES SEMANAL EN HISTORIAS DE RRSS
16	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as de 2 a 5 años	-	NO APLICA (Evaluaciones realizadas y agendadas para el mes de diciembre)
17	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años	-	NO APLICA (Evaluaciones realizadas y agendadas para el mes de diciembre)
18	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en adultos de 20 a 64 años	-	NO APLICA (Evaluaciones realizadas y agendadas para el mes de diciembre)
19	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS el plan comunicacional anual y difusión de estas	-	NO APLICA
20	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS dos buenas prácticas y participar en la ejecución de estas.	-	NO APLICA
21	Otras actividades	-	NO APLICA

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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM NO APLICA
Nombre Completo: DIEGO ALEJANDRO CELIS ROJAS RUT: _____	Nombre Completo: _____ RUT: _____

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

Pablo Montecinos A.
Pablo Montecinos A.
18.
Kinesiólogo