



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

Establecimiento	CECOSF Villa Alemania
Nombre Completo	Karla Rosa Aguilera González
RUT	
Programa	Convenio CECOSF
Profesión	Tec. En Tabajo Social, Cargo Agente Comunitaria.
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31-01-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$306.020 N°18
-------------------	----------------

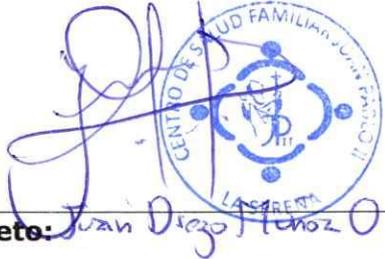
PERIODO DE INFORME	DESDE: 17/01/2025	HASTA: 31/01/2025
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	CONFIRMACIÓN DE HORAS PSCV DE CECOSF VILLA ALEMANIA.	34	LLAMADOS REGISTRADOS EN PLANILLA
2	APOYO EN TALLER	1	TALLER ARTROSIS
3	REALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA COMUNIDAD (FOLLETOS, CARTELES, ENTRE OTROS).	26	EN CECOSF VILLA ALEMANIA
4	MANEJO DE REDES SOCIALES DE CECOSF V.A CON EL OBJETIVO DE MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD.	8	PUBLICACIONES EN REDES SOCIALES
5	CREACION DE ARCHIVERO CON TALLERES DE PROFESIONALES MESAS TERRITORIALES ENTRE OTROS.	1	VERIFICADORES FÍSICOS.
6	APOYO EN VISITAS DOMICILIARIAS	9	TERRENO
7	APOYO EN MATERIAL PARA PROFESIONALES	6	MATERIAL FISICO PARA PROFESIONALES



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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: KARLA ROSA AGUILERA GONZÁLEZ RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Juan Diego Henao RUT:</p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p>Nombre Completo: Libsny Cortés Curolo RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>