



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA ALEMANIA
Nombre Completo	DAVID FELIX LOPEZ TORRES
RUT	
Programa	CECOSF
Profesión	KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS /
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	31-01-2025 /

MONTO Y N° BOLETA	\$689.418 N°34 /
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año /	HASTA: día - mes- año /
01-01-2025 /		31-01-2025 /

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>INGRESO A TALLERES COMUNITARIOS</b>	10	4 Ingresos taller de artrosis; 1 ingreso taller riesgo de caídas; 5 ingresos taller cardiovascular / 10 evaluaciones iniciales.
2	<b>EGRESO DE TALLERES COMUNITARIOS</b>	3	3 egresos taller artrosis.
3	<b>ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL</b>	2	12 participantes de artrosis.
4	<b>REUNIONES SALUD FAMILIAR, INTERSECTORIALES, OTRAS.</b>	2	1 Reunión de salud familiar, 1 reunión programada coordinación Cecosf Villa Alemania.
5	<b>ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PARTICIPACIÓN COMUNITARIA</b>		
6	<b>RESCATES TELEFÓNICOS</b>	2	2 rescates telefónicos inasistentes talleres.
7	<b>VISITAS DOMICILIARIAS</b>	1	1 adulto mayor dependiente
8	<b>REGISTRO ESTADÍSTICO REM</b>	3	1 REM 26, 1 REM 27, 1 REM 28
9	<b>PLANIFICACIÓN Y PREPARACIÓN DE TALLERES Y MATERIAL EDUCATIVO, OTRAS.</b>	14	6 planificaciones cardiovascular (llamado telefónico, material evaluativo, hoja de asistencia, flujograma derivación, modificación protocolo AF, documento verificadores). 1 preparativo EMPA. 3 plan. riesgo de caídas (material educativo, presentación, hoja de asistencia, derivaciones). 1 preparación material actividad MAS AMA; 1 preparativos intervención clubes AM, 2 plan.taller artrosis (llamados ingresos, material evaluativo



**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

**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
<b>Nombre Completo:</b> David Félix López Torres <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Muñoz Ossandón <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> Libsny Cortés Canals <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

