

<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 Kinesiólogo</b>
Horas trabajadas semanales	35 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	7 DÍAS SIN GOCE 06/02- 14/02
Días licencia	0
Fecha Informe	28-02-2025

MONTO BOLETA	<b>\$756.603 – BOLETA N°59</b>
--------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-02-2025</b>		<b>28-02-2025</b>

#### **FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

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>1</b>	<b>ELABORACIÓN PLAN ANUAL</b>
<b>3</b>	Planificación de las actividades a ejecutar y/o reprogramación de estas según corresponda.	<b>1</b>	<b>PLANIFICACIÓN TALLER Y PUNTOS DE REALIZACIÓN DE TALLERES DE ACTIVIDAD FÍSICA</b>
<b>4</b>	Participación en reuniones del PEVS.	<b>2</b>	<b>REUNION DE EQUIPO PEVS 04/02/2025 18/02/2025</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>12</b>	<b>Registro diario de fichas clínicas y registro en planilla MINSAL</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 a 5 años.	<b>0</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>9</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años.	<b>0</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>10</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso de personas adultas de 20 a 64 años.	<b>12</b>	<b>CRFI POLIDEPORTIVO LAS COMPAÑIAS</b>
<b>11</b>	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 2 a 5 años.		
<b>12</b>	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 6 a 19 años.		
<b>13</b>	Realizar sesiones de actividad física en adultos de 20 a 64 años	<b>4</b>	<b>AGENDADOS PARA MES DE MARZO</b>
<b>14</b>	Realizar las actividades recreativas y familiares, encuentros, eventos o jornadas masivas (1 mensual).		
<b>15</b>	Realizar actividades de difusión de las actividades a través de las redes sociales	<b>2 por mes</b>	<b>25/02/2025 26/02/2025 DIFUSION DE TALLERES DE ACTIVIDAD FISICA RED SOCIAL</b>
<b>16</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as de 2 a 5 años	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>17</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>18</b>	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en adultos de 20 a 64 años	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>19</b>	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS el plan comunicacional anual y difusión de estas	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>20</b>	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS dos buenas prácticas y participar en la ejecución de estas.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>21</b>	Otras actividades		

**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  <u>NO APLICA</u>
<b>Nombre Completo:</b> FRANCO IVER <b>ESPINOZA AQUEA</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>
Timbre y Firma Coordinadora Programa  Diego Rossi Rojas KINESÓLOGO  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud   