



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

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	DIEGO IGNACIO ROJAS ORÓSTEGUI
RUT	
Programa	Programa Elige Vida Sana
Profesión	Profesional de la Actividad Física - KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	35 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	0
Fecha Informe	28-02-2025

MONTO BOLETA	\$968.380 – Boleta N° 199
--------------	----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE:	HASTA:
01-02-2025		28-02-2025

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	FUNCIONES PROFESIONAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	N° de Actividades	Observaciones
1	Realizar actividades de coordinación	NA	
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.	1	SE ESTÁ ELABORANDO EL PLAN ANUAL.
3	Planificación de las actividades a ejecutar y/o reprogramación de estas según corresponda.	NA	- ACTIVIDAD FÍSICA EN PREESCOLARES, ESCOLARES Y ADULTOS. USUARIOS COLEGIO

			JAPÓN, COLEGIO JAVIERA CARRERA, SECTOR VILLA EL INDIO Y SECTOR CENTRO.
4	Participación en reuniones del PEVS.	2	- REUNIONES INTERSECTORIALE EN DEPENDENCIAS DEL EDIFICIO COMUNAL DE LA SERENA EL 04-02-2025 ; 18-02-2024.
025	Participación en capacitación.	NA	
6	Registro de actividades en ficha clínica, REM, plataforma o planilla MINSAL e Informe mensual de gestión SISREC.	9	REGISTRO DIARIO DE FICHA CLINICA POSTERIOR A CADA TALLER Y/O INGRESO.
7	Envío monitoreo al encargado del PEVS y otra dependencia.	NA	NA
8	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as de 2 a 5 años.	0	PREESCOLAR COLEGIO JAPÓN Y COLEGIO JAVIERA CARRERA
9	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años.	0	ESCOLARES COLEGIO JAVIERA CARRERA
10	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de ingreso de personas adultas de 20 a 64 años.	9	ADULT@S SECTOR CENTRO Y VILLA EL INDIO.
11	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 2 a 5 años.	0	AÚN NO INGRESAN LOS COLEGIOS A CLASES
12	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 6 a 19 años.	0	AÚN NO INGRESAN LOS COLEGIOS A CLASES
13	Realizar sesiones de actividad física en adultos de 20 a 64 años	2	USUARIAS SECTOR VILLA EL INDIO Y SECTOR CENTRO (COLISEO MONUMENTAL)
14	Realizar las actividades recreativas y familiares, encuentros, eventos o jornadas masivas (1 mensual).	NA	NA
15	Realizar actividades de difusión de las actividades a través de las redes sociales	6	2-3 HISTORIAS POR SEMANA AL INSTAGRAM DEL PROGRAMA.
16	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as de 2 a 5 años	0	NA
17	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en niños/as y adolescentes de 6 a 19 años	0	NA
18	Realizar evaluación de la condición de la actividad física de egreso en adultos de 20 a 64 años	0	NA

19	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS el plan comunicacional anual y difusión de estas	1	SE ESTÁ TRABAJANDO EN CONJUNTO CON EL PLAN ANUAL.
20	Elaborar en conjunto con el coordinador del PEVS dos buenas prácticas y participar en la ejecución de estas.	1	SE ESTÁ REALIZANDO EN CONJUNTO CON EL PLAN ANUAL.
21	Otras actividades	2	ACTIVIDADES DE DIFUSIÓN Y PROMOCIÓN DEL PROGRAMA, EN FERIA ABASTOS Y CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER.

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>
Nombre Completo: Diego Ignacio Rojas Oróstegui RUT: _____	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa Diego Rossi Rojas KINESIÓLOGO  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud  
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: