



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

Establecimiento	CECOSF VILLA ALEMANIA
Nombre Completo	YASMINA MARISEL SAAVEDRA DEVIA
RUT	
Programa	
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	
Días permiso administrativo o vacaciones	1
Días licencia	1
Fecha Informe	31/03/2025

MONTO Y N° BOLETA	85 MONTO \$709.761
-------------------	--------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01- 03- 2025	HASTA: 31 - 03- 2025
--------------------	---------------------	----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL		
2	PROCEDIMIENTO	30	INYECTABLES, TOMA DE MUESTRA, RESCATE TELEFÓNICO.
3	FARMACIA	25	ENTREGA DE MEDICAMENTOS, RECEPCIÓN MEDICAMENTOS, REVISIÓN DE INSUMOS.
4	PNAC	3	ENTREGA DE ALIMENTOS, LACTANTES, NIÑO
5	PACAM	8	ENTREGA DE ALIMENTOS ADULTOS MAYORES.
6	EMPA	12	ACOMPÑAMIENTO A PROFESIONAL (KINESIÓLOGO) EMPA



7	PADSS	8	VISITA DOMICILIARIA JUNTOS A PROFESIONAL (ENFERMERA)
8	PADSS	2	TOMA DE MUESTRA PACIENTES
9	VISITA DOMICILIARIA		ACTUALIZACIÓN DE CARTOLA JUNTO A PROFESIONAL (NUTRICIONISTA)

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 
Nombre Completo: YASMINA SAAVEDRA RUT:	Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDON RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa 	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud 
Nombre Completo: Jelsay Cortés Canoca RUT:	Nombre Completo: RUT: