



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	Técnico en Trabajo Social , Cargo Agente Comunitaria
Horas trabajadas semanales	44 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31-03-2025

MONTO Y N° BOLETA	\$655.758/N°20
-------------------	----------------

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	CONFIRMACIÓN DE HORAS PSCV DE CECOSF VILLA ALEMANIA.	97	LLAMADOS REGISTRADOS EN PLANILLA
2	APOYO EN TALLERES (ODONTOLOGA, KINESIOLOGO).	3	VERIFICADORES FÍSICOS FOTOGRAFIAS
3	REALIZACIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE INFORMACIÓN PARA LA COMUNIDAD (FOLLETOS, CARTELES, ENTRE OTROS).	13	EN CECOSF VILLA ALEMANIA
4	ACOMPAÑAMIENTO VISITAS DOMICILIARIAS (TENS, NUTRICIONISTA, TRABAJADORA SOCIAL, PSICÓLOGA, MATRONA)	12	TERRENO
5	PARTICIPACION REUNION CONSEJO CONSULTIVO, MESA TERRITORIAL	3	ACTIVIDAD EN TERRENO VERIFICADORES FÍSICOS FOTOGRAFIAS.
6	INTERVENCIÓN COMUNITARIA (COORDINACIÓN EMPA Y TALLERES)	8	COORDINACIÓN EN TERRENO, COLEGIOS Y JARDINES

7	MANEJO DE REDES SOCIALES DE CECOSF V.A CON EL OBJETIVO DE MANTENER INFORMADA A LA COMUNIDAD.	35	PUBLICACIONES EN REDES SOCIALES INSTAGRAM
8	CREACIÓN DE MATERIAL PARA DIA MUNDIAL SALUD BUCAL Y MESA TERRITORIAL	15	CECOSF VILLA ALEMANIA
9	PARTICIPACIÓN CON STAND EN EL DIA MUNDIAL DE LA SALUD BUCAL	1	CESFAM JUAN PABLO II
10	APOYO OPERATIVO EMPA	2	SUPERMERCADO ACUENTA
11	DECORACION SALA DE ESPERA	4	CECOSF VILLA ALEMANIA VERIFICADOR FOTOGRAFICO
12	LLAMADOS DE PACIENTES MATRONA PARA TOMA DE PAP.	10	CECOSF VILLA ALEMANIA
13	ACOMPANAMIENTO A GRUPO DE ADULTO MAYOR	4	SEDE VILLA ALEMANIA ,VERIFICADORES FOTOGRAFIAS

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: KARLA ROSA AGUILERA GONZÁLEZ RUT:	 Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDÓN RUT:
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
 Nombre Completo: Lobsny Cortes Canoca RUT:	 Nombre Completo: RUT: