

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION</b>
--------------------------------------	-----------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	DIEGO ALEJANDRO CELIS ROJAS
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	
Días licencia	0
Fecha Informe	30-04-2025

MONTO BOLETA	<b>\$1.019.337 - BOLETA N°170</b>
--------------	-----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-04-2025</b>		<b>30-04-2025</b>

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	FUNCIONES PROFESIONAL DE LA ACTIVIDAD FÍSICA	N° de Actividades	Observaciones
1	Realizar actividades de coordinación	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
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	<b>ULTIMOS AJUSTES DEL PLAN ANUAL</b>
3	Planificación de las actividades a ejecutar y/o reprogramación de estas según corresponda.	1	<b>TRABAJO Y PLANIFICACIÓN DE ACTIVIDAD MASIVA "JUNTOS POR UNA VIDA SALUDABLE"</b>
4	Participación en reuniones del PEVS.	2	<b>07/04/2025 - 09/09/2025 (reuniones internas de equipo al interior del CRFI)</b>
5	Participación en capacitación.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
6	Registro de actividades en ficha clínica, REM, plataforma o planilla MINSAL e informe mensual de gestión SISREC.	1 <b>N°488</b>	<b>30/04/2025 REM Registro ficha clínica</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>NO APLICA</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>NO APLICA</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>2</b>	<b>POLO NORTE</b>
<b>11</b>	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 2 a 5 años.	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>12</b>	Realizar sesiones de actividad física en niños/as de 6 a 19 años.	<b>8</b>	<b>COLEGIO SAN MARTIN DE PORRES CURSOS KINDER-3ERO BASICO-5TO BASICO</b>
<b>13</b>	Realizar sesiones de actividad física en adultos de 20 a 64 años	<b>11</b>	<b>POLIDEPORTIVO CIAS</b>
<b>14</b>	Realizar las actividades recreativas y familiares, encuentros, eventos o jornadas masivas (1 mensual).	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>
<b>15</b>	Realizar actividades de difusión de las actividades a través de las redes sociales	<b>2 SEMANAL</b>	<b>INSTAGRAM</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	<b>NO APLICA</b>	<b>NO APLICA</b>

**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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> <p style="text-align: center;"><u>NO APLICA</u></p>
<p><b>Nombre Completo: DIEGO ALEJANDRO CELIS ROJAS</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo: FRANCISCO WALDESEVITO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>