



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA EL INDIO
Nombre Completo	KEYLLE FRANCISCA VICENTELO JULIO
RUT	
Programa	CENTRO COMUNITARIO DE SALUD FAMILIAR
Profesión	GESTORA COMUNITARIA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0 DÍAS
Días licencia	21 DÍAS
Fecha Informe	30 DE ABRIL DEL 2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ 196.727 Boleta N° 36
-------------------	-------------------------

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

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>Actividades comunitarias.</b>	<b>1</b>	<b>1.Difusion stand Dia Mundial del Parkinson.</b>
<b>2</b>	<b>Publicaciones en redes sociales.</b>	<b>7</b>	<b>Difusión en redes sociales actividades de promoción, participación y prevención en salud.</b>
<b>3</b>	<b>Cumplimiento de metas sanitarias , llamados telefónicos para confirmación de horas a usuario/as.</b>	<b>62</b>	<b>Llamados telefónicos (se dificulta realizar confirmación de citas dado que se cuenta con un solo celular para el equipo de profesionales de Cecosf).</b>
<b>4</b>	<b>Recepción y agendamiento de horas en SOME.</b>	<b>-</b>	<b>Apoyo a administrativas en horarios de alta demanda.</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><b>Nombre Completo: KEYLLE FRANCISCA VICENVELO JULIO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CATALINA CASTILLO MIRANDA</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:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>