



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

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	2 DÍAS FERIADO LEGAL
Días licencia	8 DÍAS
Fecha Informe	30 DE JUNIO DEL 2025

MONTO Y N° BOLETA	\$ \$480.889 BOLETA N° 38
-------------------	----------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01 DE JUNIO DE 2025	HASTA: día - mes- año 30 DE JUNIO DE 2025
--------------------	---	---

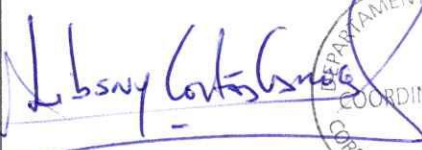
FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Coordinación con intersectores en acciones comunitarias.	11	Se realiza coordinación con intersectores y activos comunitarios para realizar actividades en conjunto.
2	Actividades comunitarias.	5	Actividades junto a activos comunitarios.
3	Publicaciones en redes sociales.	19	Difusión en redes sociales actividades de promoción, participación y prevención en salud.
4	Cumplimiento de metas sanitarias , llamados telefónicos para confirmación de horas a usuario/as.	157	Llamados telefónicos (se dificulta realizar confirmación de citas dado que se cuenta con un solo celular para el equipo de profesionales de Cecosf).

5	Recepción y agendamiento de horas en SOME.	-	Apoyo a administrativas en horarios de alta demanda.
6	Se realiza material de promoción para futuras actividades comunitarias.	3	1.Creacion material (flyers) para actividades comunitarias del mes de junio.
7	Creación de videos, flyers, orden de capsulas educativas ya realizadas para difusión a la comunidad.	-	Difusión videos de promoción y prevención en salud en televisor de sala de espera.

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: KEYLLE FRANCISCA VICENTELO JULIO RUT: _____	Nombre Completo: CATALINA CASTILLO MIRANDA RUT: _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
 	 
Nombre Completo: Libny Contreras RUT: _____	Nombre Completo: RUT: _____