

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA

**INFORME MENSUAL DE GESTION
CÓDIGO 201
KINESIÓLOGA**

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER |
| Nombre | ANA BELEN CONTRERAS AGUIRRE |
| Profesión | KINESIÓLOGA |
| Horas trabajadas | 44 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | ENERO |


MONTO BOLETA **1.378.836**

PERIODO DE INFORME DESDE: 01 - 01 - 2024 HASTA: 31 - 01 - 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | EVALUACION KINESICA INTEGRAL | 18 |
| 2 | SESION DE REHABILITACION MUSCULO ESQUELETICO | 35 |
| 3 | ATENCION GRUPAL (TALLER DE ARTROSIS) | 12 |
| 4 | ATENCION GRUPAL (TALLER DE HOMBRO) | 10 |
| 5 | RESCATE TELEFONICO DE PACIENTES DOMICILIARIOS | 64 |
| 6 | SESION DE REHABILITACION SECUELA NEUROLOGICA | 3 |
| 7 | | |
| 8 | | |

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 Programa. 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 Director CESFAM | Firma prestador de servicios |
| Nombre: <u>Claudia Gallardo Cortés</u> | Nombre: <u>Ana Belén Contreras Aguirre</u> |