



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION CHILE CRECE
--------------------------------------	-----------------------------------------------

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	PATRICIA ELIZABETH ARCOS GUERRA
RUT	
Programa	CHILE CRECE
Profesión	KINESIÓLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836.- BOLETA N°50
-------------------	--------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01/03/2024	HASTA: 31/03/2024
--------------------	-------------------	-------------------

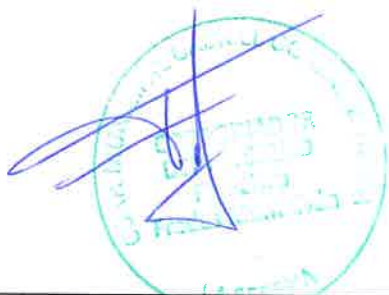

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	Estimulación del desarrollo motor desde 0 a 5 años en atención individual	INGRESO: 15 EGRESO: 12 REINGRESO: 1 CONTROL: 45	
2	Taller del desarrollo motor desde los 7 meses a 12 meses en atención grupal	N° TALLERES: 4 N° TOTAL ASISTENTES: 24	

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>Nombre Completo: Patricia Arcos Guerra RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
----------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<p>Nombre Completo: RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>
------------------------------------------------	------------------------------------------------