



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (REHABILITACION INTEGRAL COD 201)
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA
Nombre Completo	SONIA ESTHER CASTILLO ASTORGA
RUT	
Programa	REHABILITACION INTEGRAL
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HRS.
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	MARZO

MONTO Y N° BOLETA	\$ 1.378.836 N° 6
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-03-2024	HASTA: día - mes- año 31-03-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	16	
2	SESION DE REHABILITACIÓN	11	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)		
4	REUNION INTERSECTORIAL		
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)		
6	REM		
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	35 1	(RESCATES TELEFONICOS) (CAPACITACION PERFIL DE GESTION AVIS)
8			
9			
10			

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. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Difector/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: Sonia Castillo Astoraa RUT:</p>	<p>Nombre Completo: Claudia Gallardo Cortés 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>