



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

Establecimiento	CESFAM CIAS
Nombre Completo	DAVID LÓPEZ TORRES
RUT	
Programa	REHABILITACIÓN INTEGRAL
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-03-2024

MONTO Y N° BOLETA	\$689418 N°2
-------------------	--------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	21 INGRESOS	
2	SESION DE REHABILITACIÓN		
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)	23 TALLERES GRUPALES	
4	REUNION INTERSECTORIAL	2 REUNIONES INTERSECTORIALES	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)		
6	REM		
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	2 PREPARACIÓN TALLER	
8	RESCATES TELEFONICOS	42 RESCATES TELEFONICOS	
9			

8	RESCATES TELEFONICOS	42 RESCATES TELEFONICOS	
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><</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>Carolina Troncoso Ch. KINESIÓLOGA R.U.T:</p>
<p>Nombre Completo: David López Torres 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>