



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

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	SONIA ESTHER CASTILLO ASTORGA
RUT	
Programa	REHABILITACION INTEGRAL
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	

MONTO Y N° BOLETA	<b>1.378.836 N°7</b>
-------------------	----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-04-2024</b>	HASTA: día - mes- año <b>30-04-2024</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>EVALUACION INGRESO/EGRESO</b>	<b>14</b>	
2	<b>SESION DE REHABILITACIÓN</b>	<b>110</b>	
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)</b>	<b>2</b>	
4	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	<b>1</b>	<b>(UNIVERCIDAD SANTO TOMAS)</b>
5	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>	<b>1</b>	<b>(DIA DEL PARKINSON)</b>
6	<b>REM</b>	<b>1</b>	<b>(22-MARZO-2024)</b>
7	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	<b>43</b>	<b>(RESCATE TELEFONICO)</b>
8		<b>1</b>	<b>(CAPACITACION AVIS)</b>
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 Director/a CESFAM</p>  <p><i>Klgo. Fabián Jamet Rivera</i></p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Sonia Castillo Astorga</i> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Cesfam Dr. E. Schaffhauser</i> <b>RUT:</b> <i>La Serena</i></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>