



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CECOSF VILLA ALEMANIA
Nombre Completo	DAVID FELIX LOPEZ TORRES
RUT	
Programa	REHABILITACION INTEGRAL
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/04/2024

MONTO Y N° BOLETA	\$689.418 BOLETA n° 7
-------------------	------------------------------

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO			
N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	INGRESO REHABILITACION	12	
2	EGRESO DE REHABILITACION		
3	SESION DE REHABILITACION		
4	ACTIVIDAD TERAPEUTICA GRUPAL	2	
5	TALLER COMUNITARIO	1	
6	EVALUACION INTERMEDIA		
7	PARTICIPACIONES COMUNITARIAS	2	
8	RESCATES TELEFONICOS	12	
9	PLANIFICACION, REUNIONES INTERSECTORIALES, MATERIAL EDUCATIVO, OTRAS	2 REUNIONES CECOSF	

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.

Timbre _____ nes (P.	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre RUT: _____	Nombre Completo: CAROLINA PEREZ PALMA RUT: _____
Timbre y Firma Coordinadora Programa _____	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud _____
Nombre Completo: RUT: _____	Nombre Completo: RUT: _____

