



Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL
Nombre Completo	ANDRES ALEJANDRO MALUENDA CARRASCO
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	KINESIOLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO BOLETA	<b>1.378.836</b>
--------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-05-2024</b>	<b>31-05-2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	<b>INDUCCIÓN IP-IRC</b>	<b>1</b>	Se completa la inducción con el coordinador de visitas.
2	<b>ACCIÓN REMOTA SALUD MENTAL</b>	<b>14</b>	
3	<b>ASISTENCIA REUNIÓN SALUD MENTAL</b>	<b>1</b>	
4	<b>REHABILITACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA</b>	<b>19</b>	
5	<b>REHABILITACIÓN RESPIRATORIA</b>	<b>15</b>	
6	<b>REVISIÓN DE FICHAS CLÍNICAS</b>	<b>1</b>	

**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><b>Nombre Completo: ANDRES ALEJANDRO MALUENDA CARRASCO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Alejandra Gottlieb C</i> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>