



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

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	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	18 JUNIO

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 N°10
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-06-2024	30-06-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	37	
2	SESION DE REHABILITACIÓN	63	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)	13	SESIONES DE TALLE (81 PACIENTES)
4	REUNION INTERSECTORIAL		(UNIVERCIDAD SANTO TOMAS)
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)		(DIA DEL PARKINSON)
6	REM	1	(24-MAYO-2024)
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	48 1	(RESCATE TELEFONICO) (CAPACITACION 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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM  E.U. Claudia Gallardo Cortés DIRECTORA
Nombre Completo: Sonia Estrella Castaño Astorga RUT:	Nombre Completo: CESFAM SCHAFFHAUSER RUT: La Serena
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: