



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 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	18 JULIO 2024

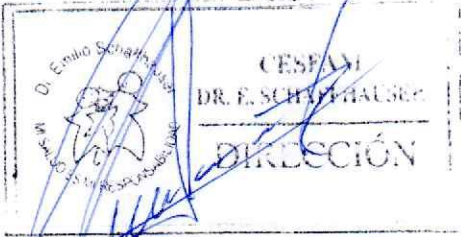
MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 N°13
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-07-2024	HASTA: día - mes- año 31-07-2024
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	20	
2	SESION DE REHABILITACIÓN	121	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)	17	SESIONES DE TALLE (124 PACIENTES)
4	REUNION INTERSECTORIAL		
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)		
6	REM	1	(24-JULIO-2024)
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	43 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. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: SONIA ESTHER CASTILLO ASTORGA RUT:	Nombre Completo: Dr. Fabián Jamet Rivera RUT: Subdirector Cesfam Dr. E. Schaffhauser La Serena
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: