



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION 208 PRAPS MEJOR NIÑEZ</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	EDIFICIO COMUNAL DE SALUD
Nombre Completo	ANDRÉS ALEJANDRO MALUENDA CARRASCO
RUT	
Programa	PRAPS MEJOR NIÑEZ
Profesión	KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	UN DÍA DE VACACIONES (AUTORIZADO)
Días licencia	NO APLICA
Fecha Informe	18-08-2024

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

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>19-07-2024</b>	<b>18-08-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ACCIONES REMOTAS VÍA CORREO</b>	<b>31</b>	
<b>2</b>	<b>ACCIONES REMOTAS VÍA TELEFÓNICA</b>	<b>26</b>	
<b>3</b>	<b>ASISTENCIA REUNIONES LOCAL EQUIPO PRAPS SPE/SRJ</b>	<b>1</b>	
<b>4</b>	<b>REHABILITACIÓN MUSCULOESQUELÉTICA</b>	<b>37</b>	
<b>5</b>	<b>REHABILITACIÓN RESPIRATORIA</b>	<b>21</b>	
<b>6</b>	<b>ELABORACIÓN DE PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO A PACIENTES EN RESIDENCIA</b>	<b>5</b>	
<b>7</b>	<b>ELABORACIÓN DE INFORME DE CORTE PRIMER SEMESTRE CONVENIO PRAPS SPE/SRJ</b>	<b>1</b>	
<b>8</b>	<b>EJECUCIÓN DE TALLER DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO</b>	<b>3</b>	
<b>9</b>	<b>ELABORACIÓN MODELO DE AGENDA MENSUAL SEPTIEMBRE</b>	<b>1</b>	
<b>10</b>	<b>REVISIÓN DE FICHAS CLÍNICAS</b>	<b>9</b>	

11	ASISTENCIA FERIA DÍA DE NIÑEZ Y DE LA LACTANCIA: PAC	1	
12	PROMOCIÓN DE TALLER DE ACONDICIONAMIENTO FÍSICO	3	

**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  <u>NO APLICA</u>
Nombre Completo: <b>ANDRÉS ALEJANDRO MALUENDA CARRASCO</b> RUT: _____	Nombre Completo: RUT:

Timbre y Firma Coordinadora Programa  	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: <i>Alejandra Gottlieb C</i> RUT: _____ Psicóloga	Nombre Completo: RUT: