Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

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	19/09/2024

MONTO Y N° BOLETA	**1.378.836 N°15**

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-08-2024		**31-08-2024**

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	**EVALUACION INGRESO/EGRESO**	**33/13**	
2	**SESION DE REHABILITACIÓN**	**84**	
3	**TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)**	**8**	**SESIONES DE TALLE (43 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)**	**39**	**(RESCATE TELEFÓNICO)**
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
Nombre Completo: Sonia castillo Astorga **RUT**	**Nombre Completo:** **RUT:**

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**