



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.201 SUELDO GENERAL</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CIAS
Nombre Completo	DAVID FÉLIX LÓPEZ TORRES
RUT	
Programa	REHABILITACIÓN INTEGRAL
Profesión	KINESIÓLOGO
Horas trabajadas semanales	22 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	1 permiso administrativo
Días licencia	
Fecha Informe	19-08-2024

NÚMERO DE BOLETA	N°15
MONTO BOLETA	\$689418

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

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

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	EVALUACIÓN INGRESO SALA RBC	<b>18</b>
2	EVALUACION EGRESO SALA RBC	<b>24</b>
3	SESIONES DE REHABILITACIÓN	<b>44</b>
5	ACTIVIDADES TERAPEUTICAS GRUPALES	<b>14</b>
6	REUNIONES DE SALA RBC	<b>2</b>
7	RESCATES TELEFONICOS	<b>9</b>
8	REGISTRO ESTADISTICO REM	<b>2</b>
9	Otras (PLANIFICACIÓN DE TALLERES, ELABORACION MATERIAL EDUCATIVO)	<b>2 planificación taller, 2 elaboración material. 12 llamados telefónicos</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.

	Timbre y Firma Director/a CESFAM
<b>Nombre Completo: David Félix López Torres</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: Francisco Arredondo</b> <b>RUT:</b>

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jere Upto. de Salud
<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>