

**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	23/09/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 N°17
-------------------	-----------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-09-2024		30-09-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIOD

Nº	Funciones según PRAPS	Nº de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	11	
2	SESION DE REHABILITACIÓN	100	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)	0	SESIONES DE TALLE (43 PACIENTES)
4	REUNION INTERSECTORIAL		
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	3	-FERIA PREVENCIÓN DE SUICIDIO -FERIA MES DEL CORAZÓN -CHARLA UST
6	REM	1	(24-JULIO-2024)
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	25	(RESCATE TELEFÓNICO)
8			
9			

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  H. Claudia Gallardo Cortés
Nombre Completo: Sonia castillo Astorga RUT:	Nombre Completo: DIRECTORA RUT: CESFAM SCHAFFHAUSER La Serena
Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT: