Servicio de Salud Coquimbo
Región de Coquimbo
Ministerio de Salud

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.304 REHABILITACIÓN RESPIRATORIA

Establecimiento	CESFAM Pedro Aguirre Cerda
Nombre Completo	Paulina Isidora Noemy Ossandon Fuentes
RUT	
Programa	CCR
Profesión	KINESIÓLOGO/A
Horas trabajadas semanales	44
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-09-2024

NÚMERO DE BOLETA	30
MONTO BOLETA	1.378.836

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 09 - 2024	HASTA: 30 - 09 - 2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	INGRESO A REHABILITACIÓN	**25**
2	SESION DE REHABILITACION	**65**
3	ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL	**11**
4	TALLER COMUNITARIO (CECOSF CCR)	**0**
5	EVALUACIÓN INTERMEDIA	**5**
6	EVALUACION DE AYUDA TECNICA	**0**
8	RESCATES TELEFÓNICOS	**35**
9	EGRESOS DE PROGRAMA	**16**
10	REUNIÓN CCR LOCAL	**5**
11	REUNIÓN ESTAMENTOS LOCAL	**1**
12	ACTIVIDAD AUTOCUIDADO	**2**

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 pres al o P. Juridica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
Nombre Completo: Paulina Isidora Noemy Ossandon Fuentes **RUT:**	**Nombre Completo:** **RUT:**

DIRECCIÓN - CENTRO DE SALUD FAMILIAR - LA SERENA
Lizette Cadezma Gallardo
ENFERMERA

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