



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
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	0

MONTO Y N° BOLETA	1.378.836 N°19
-------------------	----------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
01-10-2024		31-10-2024

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	EVALUACION INGRESO/EGRESO	-	
2	SESION DE REHABILITACIÓN	-	
3	TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)	-	
4	REUNION INTERSECTORIAL	-	
5	PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)	1	FERIA PROMOCIÓN EN SALUD POR EL MES DE ADULTO MAYOR
6	REM	1	23 DE SEPTIEMBRE
7	OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)	7	-ELABORACIÓN DE MATERIAL RESPECTO A LAS ALTERACIONES MÚSCULO ESQUELÉTICAS DE LA SALA. - REALIZACIÓN DE CURSOS AUTOGESTIONADOS

			-PLANIFICACIÓN DE TALLERES. -ELABORACIÓN DE MATERIAL EDUCATIVO PARA EL USUARIO. -ELABORACIÓN DE MATERIAL PARA FERIA DE PROMOCIÓN EN SALUD. -APOYO EN PROGRAMA PADDS (INGRESO Y SECCIONES) - RESCATES TELEFÓNICOS 11
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 ESHTER CASTILLO ASTORGA RUT:	Nombre Completo: <i>Marcelo Jollando Ceb</i> RUT:

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