



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (REHABILITACION INTEGRAL COD 201)</b>
--------------------------------------	---

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	31/12/2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 1.378.836 N°21</b>
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>01-12-2024</b>	<b>31-12-2024</b>

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>EVALUACION INGRESO/EGRESO</b>	9	<b>EQUIPO PADDS</b>
2	<b>SESION DE REHABILITACIÓN</b>	9	<b>PADDS</b>
3	<b>TALLER GRUPAL (ACT FISICA, ARTROSIS, OTRO)</b>	3	<b>ELABORACIÓN DE MATERIAL</b>
4	<b>REUNION INTERSECTORIAL</b>	1	<b>CAPACITACIÓN DE ACTUALIZACIÓN REHABILITACIÓN COMUNITARIA</b>
5	<b>PARTICIPACION CON CENTRO DE SALUD (FERIA, ACTIVIDAD MASIVA, ETC)</b>		
6	<b>REM</b>		
7	<b>OTRO (PLANIFICACION, ELAB MATERIAL EDUCATIVO)</b>	2	<b>ELABORACIÓN DE MATERIAL PARA PADDS</b>
8	<b>APOYO</b>	4	<b>SAR-PADDS-EXTENSIONES SALA IRA-ERA</b>

			<b>ERA</b>
<b>9</b>			
<b>10</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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: SONIA CASTILLO</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: E. C. Juan Jamet Rivera</b> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Depto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>