

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.235 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM EMILIO SCHAFFHAUSER
Nombre Completo	TAMARA CAMILA CORTÉS HERRERA
RUT	
Programa	CCR
Profesión	FONOAUDIÓLOGA
Horas trabajadas semanales	44 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31-MARZO-2025

NÚMERO DE BOLETA	35
MONTO BOLETA	1.378.836

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	01-MARZO-2025	31-MARZO-2025

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	INGRESO A REHABILITACIÓN	14
2	SESION DE REHABILITACION	79
3	ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL	0
4	TALLER COMUNITARIO (CECOSF-CCR)	0
5	EVALUACIÓN INTERMEDIA	16
6	CONSEJERÍA INDIVIDUAL	0
7	CONSEJERIA FAMILIAR	0
8	Otras (RESCATES TELEFÓNICOS, CREACIÓN DE MATERIAL, ETC.)	0

**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 <b>E. J. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</b>
<b>Nombre Completo: TAMARA CAMILA CORTÉS HERRERA</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo: DIRECTORA</b> <b>RUT:</b> JSER

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
<b>Nombre Completo: FRANCISCA ANDRÉS</b> <b>RUT:</b>	<b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b>

