

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTIÓN COD.235 PROGRAMA DE REHABILITACIÓN INTEGRAL
--------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

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	½ DÍA ADM
Días licencia	0
Fecha Informe	30-ABRIL-2025

NÚMERO DE BOLETA	36
MONTO BOLETA	1.378.836

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01-ABRIL-2025	HASTA: día - mes- año 30-ABRIL-2025
--------------------	----------------------------------------	----------------------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

N°	FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA	RESULTADO
1	INGRESO A REHABILITACIÓN	23
2	SESION DE REHABILITACION	92
3	ACTIVIDAD TERAPÉUTICA GRUPAL	1
4	TALLER COMUNITARIO (CECOSF-CCR)	0
5	EVALUACIÓN INTERMEDIA	12
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) Nombre Completo: TAMARA CAMILA CORTÉS HERRERA RUT:	Timbre y Firma Director/a CESFAM  Nombre Completo: CLAUDIA GALCHARRHAUSER RUT: DIRECCIÓN La Serena
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Timbre y Firma Coordinadora Programa Nombre Completo: FRANCISCO VILLARREAL RUT:	Timbre y Firma Jefe Dpto/ de Salud Nombre Completo: GABRIEL GONZÁLEZ VIDAL RUT:
-----------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------

