

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAÑA INVIERNO</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                       |   |
|--|---------------------------------------|---|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS                  |   |
| Nombre Completo                          | RAFAEL ESTEBAN LEAL PAZ               |   |
| RUT                                      |                                       |   |
| Programa                                 | EXTENSION HORARIA CAMPAÑA DE INVIERNO |   |
| Profesión/cargo                          | Kinesiólogo/a                         |   |
| Horas trabajadas (totales)               | 27 HRS                                | Fechas realizadas:<br>22/05 - 24/05 - 29/05 - 03/06<br>- 05/06 - 07/06 - 10/06 -<br>12/06 - 19/06 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                     |   |
| Días licencia                            | 0                                     |   |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024                            |   |


|                  |                |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>298</b>     |
| MONTO BOLETA     | <b>234.090</b> |

|                    |                        |                      |
|--------------------|------------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 05- 2024   | HASTA: 20 - 06- 2024 |
|                    | <b>21 mes anterior</b> | <b>20 mes actual</b> |

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

| N° | Funciones   | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1  | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento) | <b>62</b>         |               |
| 2  | Control Crónico Respiratorio                                  |                   |               |
| 3  | Ingreso a Programa  |                   |               |
| 4  | Espirometría  |                   |               |
| 5  | Consejería  |                   |               |
| 6  |   |                   |               |
| 7  |   |                   |               |
| 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.

|   |  |
|---|--|
| <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:</b> Rafael Esteban Leal Paz<br/><b>RUT:</b></p>            | <p><b>Nombre Completo:</b> Carolina Troncoso Checcón<br/><b>RUT:</b> Kinesióloga</p>                                       |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>                                       | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |