



I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	TAMARA ANDREA MONTIEL ALARCÓN
RUT	
Programa	PROG. RESOLUTIVIDAD - UAPO
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	3 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18 JUNIO 2024 /

MONTO Y N° BOLETA	\$ 14.940.- (N° 49) /
-------------------	------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21- 04- 2024	HASTA: 20- 05- 2024 /
--------------------	---------------------	-----------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)	----	-----
2	HORAS TRABAJADAS MENSUAL	3HRS	08 MAYO 2024
3	FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)		
4	OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)	10 ASISTENCIAS	SE ASISTE A DRA EN ATENCION DE PACIENTES CITADOS SEGÚN AGENDA
5	LIMPIEZA Y ORDEN DE UNIDAD	1 LIMPIEZA MATERIALES 2 ORDEN UNIDAD	SE REALIZA LIMPIEZA CONITOS UTILIZADOS POR LA DRA Y SE DEJA ORDENADA LA UNIDAD DESPUES DE LA ATENCION DE PACIENTES CITADOS SEGÚN AGENDA DRA
6			

7			
8			
9			
10			
11			
12			

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>Nombre Completo: TAMARA ANDREA MONTIEL ALARCÓN RUT:</p>	<p>Nombre Completo: <i>Lizette Ledezma Gallardo</i> RUT: ENFERMERA</p>

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



**INFORME JUSTIFICACIÓN BOLETA COBRO ATRASADO
2024**

Establecimiento	CESFAM PEDRO AGUIRRE CERDA
Nombre Completo	TAMARA ANDREA MONTIEL ALARCON
RUT	
Programa	VACUNACIÓN
Profesión	TENS
Fecha de informe	18-06-2024

Numero de Boleta	N°49
Monto Boleta	\$14.940.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-04-2024	HASTA: 20-05-2024

Justificación de cobro atrasado y mes que hace referencia

Por tema de horarios no se pudo hacer llegar la boleta e informe al centro referente en el horario establecido por la encargada, debido a que los operativos realizados por vacunación comunal son puntos fijos donde el tope de medio día para la entrega de estos es tiempo full en vacunas.
(Pendiente del día 08 de Mayo)

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM
	
Nombre Completo: TAMARA ANDREA MONTIEL ALARCÓN RUT:	Nombre Completo: <i>Cristine Ledezma Gallardo</i> RUT: ENFERMEKA

Timbre y Firma Coordinadora Programa
Nombre Completo: RUT: