



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

| | |
|------------------------------------------|----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | Ariel Alexis Ibaceta Rojas |
| RUT | |
| Programa | UAPO |
| Profesión | TECNOLOGO MEDICO |
| Horas trabajadas semanales | 44 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-06-2024 |

| | |
|-------------------|---------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$168.000, boleta n° 100 |
|-------------------|---------------------------------|

| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - 05- 2024 | HASTA: 20 - 06- 2024 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

| |
|------------------------------------------------|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|------------------------------------------------|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1 | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS) | | |
| 2 | HORAS TRABAJADAS MENSUAL | 6 hrs. | |
| 3 | FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO) | 84 | |
| 4 | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES) | | |
| 5 | | | |
| 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.

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM  |
| Nombre Completo: Ariel Alexis Ibaceta Rojas RUT: | Nombre Completo: Carolina Perez Palma RUT: |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
| Nombre Completo: RUT: | Nombre Completo: RUT: |

