



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (IMÁGENES COD 246)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO SEGUNDO
Nombre Completo	Jocelyn Ortiz Mery
RUT	
Programa	Imágenes Diagnosticas Tecnólogo Médico ✓
Profesión	Tecnólogo Médico
Horas trabajadas semanales	30 ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18-06-2024


MONTO Y N° BOLETA	<b>\$495.540 (N°128)</b> ✓
-------------------	----------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-05-2024</b> ✓	HASTA: día - mes- año <b>20-06-2024</b> ✓
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>	<b>70</b> ✓	
<b>2</b>	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	<b>30</b> ✓	
<b>3</b>	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>		
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			
<b>11</b>			
<b>12</b>			

**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> Jocelyn Ortiz Mery <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Pérez Fajó</i> <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>

<b>N° de extensiones: 10</b>	<b>Mes: JUNIO 2024</b>
------------------------------	------------------------

<b>Lunes a viernes</b>			<b>Sábados</b>		
------------------------	--	--	----------------	--	--

Fecha	horas	N° de prestaciones	Fecha	Horas	N° de prestaciones
22-05-2024	3	7			
23-05-2024	3	7			
27-05-2024	3	7			
28-05-2024	3	9			
29-05-2024	3	7			
04-06-2024	3	8			
06-06-2024	3	6			
10-06-2024	3	5			
12-06-2024	3	6			
13-06-2024	3	8			

Official stamp of the General Directorate of Health (Dirección General de Salud) and a handwritten signature in blue ink.

<b>Nombre: Jocelyn Ortiz Mery</b>	<b>Firm</b>
<b>Fecha 18-06-2024</b>	