



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

|  |                                    |   |
|--|------------------------------------|---|
| Establecimiento                          | CESFAM C. CARO                     |   |
| Nombre Completo                          | JAVIERA CONSTANZA GONZÁLEZ ORTIZ   |   |
| RUT                                      |                                    |   |
| Programa                                 | EXTENSIÓN HORARIA CAMPAÑA INVIERNO |   |
| Profesión/cargo                          | Kinesiólogo/a                      |   |
| Horas trabajadas (totales)               | 25                                 | Fechas realizadas:<br>20 mayo 2024<br>22 mayo 2024<br>28 mayo 2024<br>30 mayo 2024<br>31 mayo 2024<br>03 junio 2024<br>05 junio 2024<br>06 junio 2024<br>10 junio 2024<br>11 junio 2024 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                  |   |
| Días licencia                            | 0                                  |   |
| Fecha Informe                            | 18-06-2024                         |   |


|                  |                |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>22</b>      |
| MONTO BOLETA     | <b>216.750</b> |

|                    |                     |                      |
|--------------------|---------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 mayo 2024 | HASTA: 20 junio 2024 |
|--------------------|---------------------|----------------------|

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

| N°        | Funciones   | N° de Actividades | Observaciones |
|-----------|---|-------------------|---------------|
| <b>1</b>  | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento) | <b>13</b>         |               |
| <b>2</b>  | Control Crónico Respiratorio                                  | <b>5</b>          |               |
| <b>3</b>  | Ingreso a Programa  | <b>15</b>         |               |
| <b>4</b>  | Espirometría  | <b>0</b>          |               |
| <b>5</b>  | Consejería  | <b>0</b>          |               |
| <b>6</b>  |   |                   |               |
| <b>7</b>  |   |                   |               |
| <b>8</b>  |   |                   |               |
| <b>9</b>  |   |                   |               |
| <b>10</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> JAVIERA GONZÁLEZ<br/><b>RUT:</b></p>                   | <p><b>Nombre Completo:</b> DIRECCIÓN<br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |