



**I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)**

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	Lizhbet Melo Torres
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	TECNOLOGO MEDICO
Horas trabajadas semanales	22
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	22-07-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$180.000, boleta n° 316</b>
-------------------	---------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - 06- 2024	HASTA: 20 - 07- 2024
--------------------	----------------------	----------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)</b>		
<b>2</b>	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	<b>6 hrs.</b>	
<b>3</b>	<b>FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)</b>	<b>90</b>	
<b>4</b>	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</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> Lizhbet Melo Torres <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Eduardo Muñoz Ossandón <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>