



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

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre Completo                          | Claudia Andrea Bravo Neumann         |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | UAPO                                 |
| Profesión                                | Médico Oftalmólogo                   |
| Horas trabajadas semanales               | 1                                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | Noviembre                            |

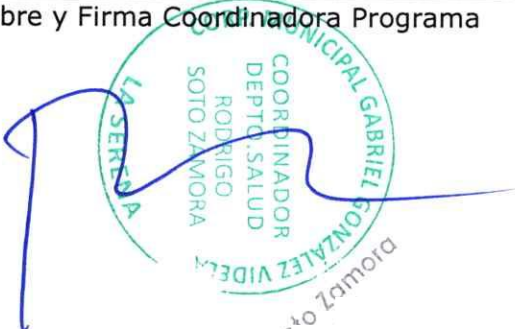
|                   |                   |
|-------------------|-------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 520.000 / N° 2268 |
|-------------------|-------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-11-2024 | HASTA: 30-11-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS                        | N° de Actividades | Observaciones |
|----|----------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)     | 26                |               |
| 2  | HORAS TRABAJADAS MENSUAL                     | 6                 |               |
| 3  | FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO) |                   |               |
| 4  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)             |                   |               |
| 5  |                                              |                   |               |
| 6  |                                              |                   |               |

**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 GESFAM</p>           |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Claudia Andrea Bravo Neumann<br/><b>RUT:</b></p>                                                    | <p><b>Nombre Completo:</b> Sr. Fabián Jamet Rivera<br/><b>RUT:</b><br/>Subdirector<br/>Cesfam Dr. E. Schaffhauser<br/>La Serena</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>                                                                                      |