



## INFORME MENSUAL DE GESTION UAPO

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II                |
| Nombre                                   | DANIELA ALEJANDRA ARANCIBIA ALVAREZ |
| Profesión                                | TANS                                |
| Horas trabajadas                         | 6                                   |
| Días permiso administrativo o vacaciones | -                                   |
| Días licencia médica                     | -                                   |
| Periodo de informe (mes)                 | NOVIEMBRE                           |

|              |          |
|--------------|----------|
| MONTO BOLETA | \$28.200 |
|--------------|----------|


|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21/10/23              | 20/11/23              |

### FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1  | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLINICOS)         |           |
| 2  | HORAS TRABAJADAS MENSUAL                         | 6 HRS     |
| 3  | FO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)               |           |
| 4  |  |           |
| 5  |  |           |
| 6  |  |           |
| 7  |  |           |
| 8  | Otras (especificar las acciones)                 |           |

**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 Programa. 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.**

|               |          |
|---------------|----------|
| FIRMA         |          |
| FECHA INFORME | 20/11/23 |

|   |                                   |
|---|-----------------------------------|
| Timbre y Firma Director CESFAM  | Timbre y _____ de servicio        |
| Nombre:  | Nombre: Daniela Arancibia Alvarez |