



INFORME MENSUAL DE GESTION UAPORRINO

| | |
|--|------------------------------|
| Establecimiento | Cesfam Pedro Aguirre Cerda. |
| Nombre | Natatcha Scarleth Díaz Araya |
| Profesión | Administrativa. |
| Horas trabajadas | 44 hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 3 ADM.(27/11/23 A 29/11/23) |
| Días licencia médica | 0 |
| Periodo de informe (mes) | NOVIEMBRE 2023 |

| | |
|--------------|---------|
| MONTO BOLETA | 550.352 |
|--------------|---------|

| | | |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
| | 01/11/2023 | 31/11/2023 |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA | RESULTADO |
|----|--|-----------|
| 1 | ADMINISTRATIVA DE UAPORRINO | |
| 2 | RECEPCION DE PACIENTES | |
| 3 | AGENDAR HORAS A DIFERENTES PROFESIONALES | |
| 4 | LLAMADO DE PACIENTES | |
| 5 | AGENDAR RECETAS A DIFERENTES PROFESIONALES | |
| 6 | HORAS TRABAJADAS MENSUAL | |

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 | 20/11/2023 |

| | |
|--------------------------------|--------------------------------------|
| Timbre y Firma Director CESFAM | Timbre y Firma prestador de servicio |
| Nombre: <i>Sannelle</i> | Nombre: Natatcha Díaz Araya |