



<b>MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)</b>
-----------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	JULIO MORENO CHAMORRO
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	OFTALMOLOGO
Horas trabajadas semanales	12 HRS- 66 PACIENTES
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	1.320.000 N° 121
-------------------	------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - FEBRERO - 2024	HASTA: 20 - MARZO - 2024
--------------------	----------------------------	--------------------------

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)</b>	66	66 PCTES ATENCION CLINICA OFTALMOLOGICA
2	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	12	
3	<b>FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)</b>		
4	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>		
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			

**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> MORENO <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> CAROLINA PEREZ PALMA <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>

<b>N° de extensiones:</b>	<b>Mes: MARZO 2024</b>
---------------------------	------------------------

Lunes a viernes			Sábados		
Fecha	horas	N° de prestaciones	Fecha	Horas	N° de prestaciones
21/02/2024	3	16			
06/03/2024	3	16			
13/03/2024	3	16			
20/03/2024	3	18			

Nombre : <b>JULIO NORENO CHAMORRO</b>	Firma
---------------------------------------	-------

Fecha <b>18/03/2024</b>
-------------------------



