



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	NATALIA ANDREA VALENCIA OPAZO
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	TENS
Horas trabajadas semanales	6
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	18/03/2024

MONTO Y N° BOLETA	\$35.400 N° 462
-------------------	-----------------

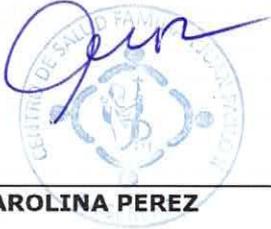
PERIODO DE INFORME	DESDE: 21 - FEBRERO - 2024	HASTA: 20 - MARZO - 2024
--------------------	----------------------------	--------------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)		
2	HORAS TRABAJADAS MENSUAL		
3	FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)		
4	OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)		
5	APLICAR GOTAS DE DILATACION PREVIAS A EXAMEN FONDO DE OJOS	OK	FONDO DE OJOS
6	REGISTRO EN AVIS DE ATENCIONES	OK	REGISTRO DE ACTIVIDAD REALIZADA
7	REVISION EN PROGRAMA DART NOMINA DE PACIENTES	OK	USUARIOS EN NOMIMA
8	APOYO A TECNOLOGA MEDICA	OK	APOYO CON USUARIOS

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.

Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)	Timbre y Firma Director/a CESFAM 
Nombre Completo: NATALIA VALENCIA OPAZO RUT: _____	Nombre Completo: CAROLINA PEREZ PALMA RUT _____

Timbre y Firma Coordinadora Programa	Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud
Nombre Completo: RUT:	Nombre Completo: RUT:

