



| | |
|--------------------------------------|--|
| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION (IMÁGENES COD 246) |
|--------------------------------------|--|

| | |
|--|---|
| Establecimiento | CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | NICOLE ANDREA CHIMAJA IBARRA |
| RUT | |
| Programa | PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNOSTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD ✓ |
| Profesión | TECNOLOGA MEDICA ✓ |
| Horas trabajadas semanales | 18 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informe | 18-03-2024 ✓ |


| | |
|-------------------|------------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$297.324 (B/N° 66) ✓ |
|-------------------|------------------------------|

| | | |
|--------------------|---------------------|---------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-02-2024 ✓ | HASTA: 20-03-2024 ✓ |
|--------------------|---------------------|---------------------|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|-----------|---|-------------------|---------------|
| 1 | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL | 46 ✓ | |
| 2 | HORAS TRABAJADAS MENSUAL | 18 ✓ | |
| 3 | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES) | | |
| 4 | | | |
| 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>Nombre Completo:Nicole Andrea CHimaja Ibarra RUT:</p> | <p>Nombre Completo: <i>Osvaldo Pérez</i> RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |

