



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

Establecimiento	Cesfam Dr. Emilio Schaffauser Acuña
Nombre Completo	María Elisa Aguirre Aguirre
RUT	
Programa	Resolutividad
Profesión	Tens
Horas trabajadas semanales	5 hrs.
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A
Días licencia	N/A
Fecha Informe	Marzo

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$ 29.500 N° boleta 73</b>
-------------------	-------------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>21-02-24</b>	HASTA: día - mes- año <b>20-03-24</b>
--------------------	--	--

<b>FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO</b>
--

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

**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: Maria Elisa Aguirre Aguirre</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: Claudia Gallardo Cortés</b> <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>