



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION (IMÁGENES COD 246)</b>
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	JOCELYN ANDREA ORTIZ MERY
RUT	
Programa	PROGRAMA DE IMAGENES DIAGNOSTICAS EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD
Profesión	TECNOLOGO MEDICO
Horas trabajadas semanales	18
Días permiso administrativo o vacaciones	4 DIAS
Días licencia	11 DIAS
Fecha Informe	18-05-2024

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$297.324 (N°126)</b>
-------------------	--------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-04-2024	HASTA: 20-05-2024
--------------------	-------------------	-------------------

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>	41	
<b>2</b>	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	18	
<b>3</b>	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>		
<b>4</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:</b> Jocelyn Andrea Ortiz Mery <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <i>Carolina Pérez P.</i> <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>

