



| NAME OF THE PARTY | |
|--|--|
| | |
| | |
| | |
| | A. T. T. SEMISSISSISSISSISSISSISSISSISSISSISSISSISS |
| 1007X PPINCENDAG AND | A 7 1 Registration (Control of the Control of the C |
| T MUNICIPAL TRAD DE LA INFORME MENSUAL DE GESTIO | _A_h_86984982049922208038208989998822 |
| \$50.00G USB 1 1 1 5 5 8 8 00 8 9 7 4 1 PE T 5 7 4 PE T 7 76B UF 1 1000 PERSONNELSEED FOR THE SECOND STREET OF THE SECOND STREET | |
| I MUNICIPALIDAD DE LA INFORME MENSORE DE DEST | A SECT A SECTION ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF THE PARTY |
| COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAN | 4 TO SEE TO 1 A VIEW OF LAST OF LITTLE PROPERTY. |
| \$25.50.000.0000.0000.0000.0000.0000.0000 | - 100 to 2 to 2 to 1 to 1 to 1 to 1 to 1 to 1 |
| ENVISOR OF PERSONS AND A STATE OF THE PERSON OF PERSONS AND A STATE OF THE PERSON OF T | |
| SERENA COD.255 LATENSTON HONAICA | |
| | CONTROL OF THE PROPERTY OF THE |
| | |
| | |

| Establecimiento | CESFAM CARDENAL CARO | | |
|--|--------------------------------------|--|--|
| Nombre Completo | JAVIERA DE LOS ÁNGELES VERGARA SOLÍS | | |
| RUT | | | |
| Programa | SALA IRA | | |
| Profesión/cargo | Kinesiólogo/a | | |
| Horas trabajadas (totales) | 6 HORAS | Fechas realizadas: 09/05/24 14/05/24 15/05/24 | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | | |
| Días licencia | 0 | | |
| Fecha Informe | 20/05/2024 | | |
| NUMERO DE BOLETA | 77 | | |
| MONTO BOLETA | \$52020 | | |
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21 - abril- 2024 | HASTA: 20 - mayo- 2024 | |

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| | Funciones | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|----------------------|---------------|
| 1 | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo | 12 | |
| 2 | (seguimiento) Crontol Crónico Respiratorio | 0 | |
| 2 | Ingreso a Programa | 0 | |
| 4 | Espirometría | 0 | |
| 5 | Consejería | 12 | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

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 Director/a CESFAM Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) EN BENEHA Daniela costilo Nombre Completo: Lataune Nombre Completo: Javiera de los mranda RUT: Ángeles Vergara Solís RUT: Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud Timbre y Firma Coordinadora Programa Nombre Completo: Nombre Completo: RUT: RUT: