

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA	INFORME MENSUAL DE GESTION COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAÑA INVIERNO
--------------------------------------	--

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRIQUEZ	
Nombre Completo	SOFÍA ALICIA VARGAS ESQUIVEL	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA CAMPAÑA DE INVIERNO KINE	
Profesión/cargo	Kinesiólogo/a	
Horas trabajadas (totales)	15 horas	Fechas realizadas: 06-05-2024 09-05-2024 14-05-2024 16-05-2024 20-05-2024
Días permiso administrativo o vacaciones	NO	
Días licencia	NO	
Fecha Informe	20-05-2024 ✓	

NUMERO DE BOLETA	Nº4 ✓
MONTO BOLETA	130.050 ✓

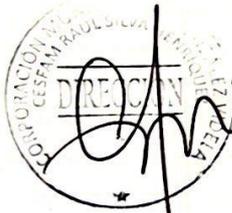
PERIODO DE INFORME	DESDE: 06 - 05- 2024	HASTA: 20 - 05- 2024
	21 mes anterior	20 mes actual

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento)	41	
2	Crontrol Crónico Respiratorio		
3	Ingreso a Programa		
4	Espirometría		
5	Consejería		
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.

<p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p> <p style="text-align: right;">/</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p>Nombre Completo: <u>SORA ALIWA VARELA ESQUIVEL</u></p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: <u>Carolina Puga Pichuan</u></p> <p>RUT: _____</p> <p style="text-align: right;">ENFERMERA</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>
<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: _____</p> <p>RUT: _____</p>