



ESTABLECIMIENTO DE LA ATENCIÓN	MINISTERIO NACIONAL DE SALUD
CIUDAD	CODIGO DE TRANSICIÓN REGIONAL

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA	
Nombre Completo	MAURICIO ARANDA MORDO	
RUT		
Programa	CAMPAÑA DE INVIERNO	
Profesión/cargo	Médico	
Horas trabajadas (totales)	33 HRS.	Fechas realizadas: 03-06-2024 04-06-2024 / 05-06-2024 / 06-06-2024 / 07-06-2024 / 10-06-2024 / 11-06-2024 / 12-06-2024 / 17-06-2024 / 18-06-2024 / 19-06-2024
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	19 DE JUNIO DE 2024	

NUMERO DE BOLETA	453
MONTO BOLETA	\$ 545.523.-

PERIODO DE INFORME	DESDE: 21-06-2024	HASTA: 20-06-2024
--------------------	-------------------	-------------------

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Otras Funciones
1	Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (morbilidad)	1	
2	Control Crónico Respiratorio (IRA / ERA)	23	
3	Ingreso a Programa Respiratorio (IRA/ERA)	19	
4	Consejería		
5			

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: MAURICIO ARANDA MORDO RUT: _____</p>	<p>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES 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>