



|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION (CECOSF COD 245)</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Establecimiento                          | CECOSF VILLA EL INDIO          |
| Nombre Completo                          | Daniela Constanza Lutz Delgado |
| RUT                                      |                                |
| Programa                                 | -                              |
| Profesión                                | Enfermera                      |
| Horas trabajadas semanales               | 22hrs                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 21 de junio 2024               |
| Días licencia                            | -                              |
| Fecha Informe                            | 18/06/2024                     |

|                   |               |
|-------------------|---------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>689418</b> |
|-------------------|---------------|

|                    |                         |                         |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - Junio- 2024 | HASTA: 30 -Junio - 2024 |
|--------------------|-------------------------|-------------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS                     | N° de Actividades | Observaciones                |
|----|---|-------------------|------------------------------|
| 1  | <b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>      |                   |                              |
| 2  | <b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>           |                   |                              |
| 3  | <b>NOCHEROS RONDAS REALIZADAS DIARIAS</b> |                   |                              |
| 4  | <b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>   |                   | <b>Horas administrativas</b> |
| 5  |   |                   |                              |
| 6  |   |                   |                              |
| 7  |   |                   |                              |
| 8  |   |                   |                              |
| 9  |   |                   |                              |
| 10 |   |                   |                              |
| 11 |   |                   |                              |
| 12 |   |                   |                              |

**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> Daniela Lutz Delgado<br/><b>RUT:</b></p>               | <p><b>Nombre Completo:</b> Catalina Castillo<br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                    | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>   |