

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

Establecimiento	CESFAM CARDENAL RAUL SILVA HENRIQUEZ	
Nombre Completo	ANA CAROLINA OLIVARES GOMEZ	
RUT		
Programa	EXTENSIÓN HORARIA CAMPAÑA DE INVIERNO	
Profesión/cargo	Kinesiólogo/a	
Horas trabajadas (totales)	19 HORAS	Fechas realizadas: 23-07-2024 24-07-2024 30-07-2024 31-07-2024 13-08-2024 14-08-2024 20-08-2024
Días permiso administrativo o vacaciones	0	
Días licencia	0	
Fecha Informe	18-08-2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>97</b>
MONTO BOLETA	<b>164.730</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
MAYO	<b>21-07-2024</b>	<b>20-08-2024</b>

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	Funciones	Nº de Actividades	Observaciones
1	Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento)	22	
2	Crontrol Crónico Respiratorio	0	
3	Ingreso agudo sala IRA/ERA	14	
4	Espirometría	0	
5	Consejería	0	
6	Educación	36	
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>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: ANA CAROLINA OLIVARES GOMEZ</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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>