



|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                                      |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre Completo                          | Julio Cesar Moreno Chamorro          |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | UAPO                                 |
| Profesión                                | Médico Oftalmólogo                   |
| Horas trabajadas semanales               | 3.5                                  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | Septiembre                           |


|                   |                |
|-------------------|----------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 860.000 N° 137 |
|-------------------|----------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-08-2024 | HASTA: 20-09-2024 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS                        | N° de Actividades | Observaciones |
|----|--|-------------------|---------------|
| 1  | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)     | 43                |               |
| 2  | HORAS TRABAJADAS MENSUAL                     | 10.5              |               |
| 3  | FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO) |                   |               |
| 4  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)             |                   |               |
| 5  |  |                   |               |
| 6  |  |                   |               |

**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> Julio Cesar Moreno Chamorro<br/><b>RUT:</b></p>        | <p><b>Nombre Completo:</b> <i>Ministerio de Salud - Cortés</i><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> |