



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

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo                          | GENESIS RANGEL PEREZ                 |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | RESOLUTIVIDAD/UAPO                   |
| Profesión                                | ADMINISTRATIVO                       |
| Horas trabajadas semanales               | 10 HORAS                             |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A                                  |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | 23 DE SEPTIEMBRE DE 2024             |

|                   |                    |
|-------------------|--------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$ 47.000.- N° 113 |
|-------------------|--------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| 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  | ATENCION Y RECEPCION DE PACIENTES |                   |               |
| 2  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)  |                   |               |

**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.

|                                                                            |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>             |
| Nombre Completo: GENESIS RANGEL PEREZ<br>RUT:                              | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES<br>RUT: |