



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

| | |
|--|-----------------------------|
| Establecimiento | CESFAM JUAN PABLO II |
| Nombre Completo | JULIO CESAR MORENO CHAMORRO |
| RUT | |
| Programa | UAPO |
| Profesión | MEDICO OFTALMOLOGO |
| Horas trabajadas semanales | |
| Días permiso administrativo o vacaciones | |
| Días licencia | |
| Fecha Informe | 31-01-2025 ✓ |

| | |
|-------------------|--------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$880.000 N°146 ✓ |
|-------------------|--------------------------|

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-01-2025 ✓ | HASTA: día - mes- año 31-01-2025 ✓ |
|--------------------|--|--|

| |
|--|
| FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO |
|--|

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------------|----------------------|
| 1 | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS) | 44 pts atendidos | 4 extensiones |
| 2 | HORAS TRABAJADAS MENSUAL | | |
| 3 | FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO) | | |
| 4 | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES) | | |
| 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>Nombre Completo: Julio Cesar Moreno Chamorro RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandon RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: Patricia Romero RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |