

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

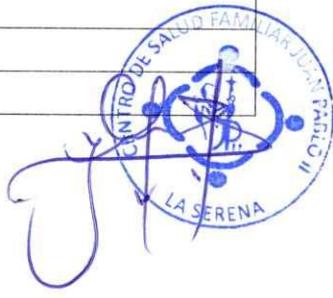
Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	KATHERINE ANDREA BRAVO BECERRA
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	TECNICO ENFERMERIA
Horas trabajadas semanales	6 HRS ✓
Días permiso administrativo o vacaciones	
Días licencia	
Fecha Informe	31-01-2025 ✓

MONTO Y N° BOLETA	<b>\$35.400 N°249</b> ✓
-------------------	-------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-01-2025</b> ✓	HASTA: día - mes- año <b>31-01-2025</b> ✓
--------------------	--	--

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

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	<b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)</b>		
2	<b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>	<b>6 HRS</b> ✓	<b>1 SABADO</b> ✓
3	<b>FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)</b>		
4	<b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</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. Jurídica)</p>	<p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p> 
<p><b>Nombre Completo: Katherine Andrea Bravo Becerra</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: JUAN DIEGO MUÑOZ OSSANDON</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: Patricia Romero</b> <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b> _____</p>