



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

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	MARIA GALLEGUILLOS ROJAS
RUT	
Programa	UAPO
Profesión	ADMINISTRATIVA
Horas trabajadas semanales	06 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	31/03/2025

MONTO Y N° BOLETA	N° 569 / \$ 28.200
-------------------	---------------------------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año 01/03/2025	HASTA: día - mes- año 31/03/2025
--------------------	--	--

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO
--

N°	Funciones según PRAPS	N° de Actividades	Observaciones
1	ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)		
2	HORAS TRABAJADAS MENSUAL	06 HRS	
3	FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)		
4	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.

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: Maria Galleguillos Rojas 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: <i>Fuente Tref/6 E.</i> RUT:</p>	<p>Nombre Completo: RUT:</p>