



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

| | |
|--|--------------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUÑA |
| Nombre Completo | MARIA PAZ GONZALEZ URZUA |
| RUT | |
| Programa | RESOLUTIVIDAD UAPO |
| Profesión | TENS |
| Horas trabajadas semanales | 5 HRS |
| Días permiso administrativo o vacaciones | N/A |
| Días licencia | N/A |
| Fecha Informe | 30 DE ABRIL DE 2025 |

| | |
|-------------------|------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | \$ 29.500.- 261 |
|-------------------|------------------------|

| | | |
|--------------------|--|--|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año 01-04-2025 | HASTA: día - mes- año 30-04-2025 |
|--------------------|--|--|

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

| N° | Funciones según PRAPS | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---|-------------------|---------------|
| 1 | ASISTENCIA A OFTALMOLOGO EN ATENCIONES | | |
| 2 | ASISTENCIA A USUARIOS | | |

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) | |
| Nombre Completo: MARIA PAZ GONZALEZ URZUA RUT: | Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES RUT: |

Timbre y Firma Coordinadora Programa



Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud



Nombre Completo: *CO T y 16 Z.*
RUT:

Nombre Completo:
RUT:

