

UNIDAD DE SERVICIOS DE SALUD
INFORME MENSUAL DE GESTIÓN

| | |
|--|--|
| Establecimiento | CESFAM LAS COMPAÑIAS |
| Nombre Completo | MARIO ALBERTO OPAZO POBLETE |
| RUT | |
| Programa/Estrategia/Subcomponente | PROG.MEJORAMIENTO DE ACCESO AO,TONS,CES CIAS |
| Profesión | TONS/ASISTENTE DENTAL |
| Horas trabajadas semanales | 22hrs |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 1 |
| Días licencia | 0 |
| Fecha Informé | 31-04-2025 |

| | |
|--------------|-----------------|
| MONTO BOLETA | \$367.118 N°434 |
|--------------|-----------------|

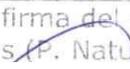
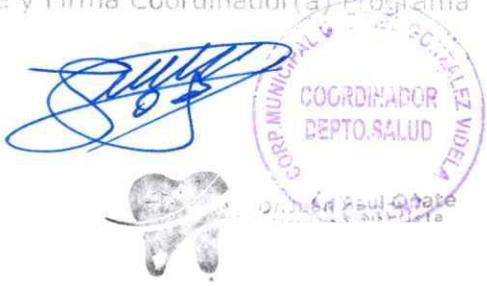
| | | |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01 - 04- 2025 | HASTA: 30 - 04- 2025 |
|--------------------|----------------------|----------------------|

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| Nº | ACTIVIDADES O VALORES | ORGANIZACIÓN |
|----|---|------------------------------------|
| 1 | Acciones recuperativas realizadas en atenciones de morbilidad para mayores de 20 años extensión horaria | Asistencia a: Dr. Marcos Santos |

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>Nombre Completo: Mario Alberto Opazo Poblete RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón Kinesióloga RUT:</p> |
| <p>Timbre y Firma Coordinador(a) Programa</p>  | <p>Timbre y Firma jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |