



**I. MUNICIPALIDAD DE  
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPO COD 241)**

|                                          |                                      |
|------------------------------------------|--------------------------------------|
| Establecimiento                          | Cesfam Dr. Emilio Schaffhauser Acuña |
| Nombre Completo                          | Paulina Alejandra Ossandón Briceño   |
| RUT                                      |                                      |
| Programa                                 | UAPO                                 |
| Profesión                                | Tecnólogo Médico                     |
| Horas trabajadas semanales               | 5                                    |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                    |
| Días licencia                            | N/A                                  |
| Fecha Informe                            | ABRIL                                |

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| MONTO Y N° BOLETA | 278.000 N° 101 |
|-------------------|----------------|

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS                               | N° de Actividades | Observaciones |
|----|-----------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | <b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS)</b>     |                   |               |
| 2  | <b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>                     | 10                |               |
| 3  | <b>FONDO DE OJO REALIZADOS (SEGÚN SEA EL COBRO)</b> | 139               |               |
| 4  | <b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b>             |                   |               |
| 5  |                                                     |                   |               |
| 6  |                                                     |                   |               |
| 7  |                                                     |                   |               |
| 8  | 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.

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica)</p>                                               | <p>Timbre y Firma Director/a CESFAM</p>  <p>E.U. CLAUDIA GALLARDO CORTÉS</p> |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Paulina Alejandra Ossandón Briceño<br/><b>RUT:</b></p>                                               | <p><b>Nombre Completo:</b> DIRECTORA E. SCHAFFHAUSER<br/><b>RUT:</b> :rena</p>                                                                                 |
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>                                  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> E. Co. Trif. 16 2.<br/><b>RUT:</b></p>                                                               | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                                                 |