

--	--

Establecimiento	CESFAM JUAN PABLO II
Nombre Completo	<b>GABRIELA ALEJANDRA VEGA GIL</b>
RUT	
Programa	PROGRAMA MAIS - COMPONENTE 3 ECICEP - EXTENSION HORARIA.
Profesión	MEDICO/A
Horas trabajadas semanales	L-V: 18 horas.
Días permiso administrativo o vacaciones	0
Días licencia	0
Fecha Informe	30-04-2025

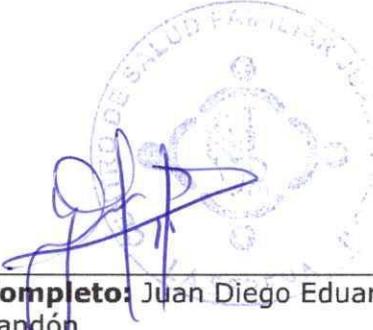
NUMERO DE BOLETA	<b>n° 23</b>
MONTO BOLETA	297.558\$

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
<b>01-04-2025</b>		<b>30-04-2025</b>

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

<b>1</b>	Ingreso integral de personas con condición crónica Riesgo Alto (G3)		
<b>2</b>	Control Integral con Riesgo Alto (G3)	<b>(x) 6</b>	6 jornadas: 08, 09, 15, 16, 23 y 29 de abril.
<b>3</b>	Seguimiento a distancia con Riesgo Alto (G3)		
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			

**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:</b> Gabriela Alejandra Vega Gil <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Eduardo Muñoz Ossandón <b>RUT:</b></p>
<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> Bárbara Linaga Ojeda <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>