

<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION COD.210 PROGRAMA SALUD RESPIRATORIA</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESA / CIAS	
Nombre Completo	JOSE RAUL VELASQUEZ ROJAS	
RUT		
Programa	Programa Salud Respiratoria - Extensión Horaria Vacunas	
Profesión/cargo	Conductor	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes:	Sábados: 7 HRS
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	30-06-2025	
NUMERO DE BOLETA	<b>43</b>	
MONTO BOLETA	<b>37.856</b>	
PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año <b>01-06-2025</b>	HASTA: día - mes- año <b>30-06-2025</b>

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

N°	Funciones
<b>1</b>	Planificación ruta de traslado de funcionarios, a dos puntos extramurales (Polo Centro, Polo Compañías)
<b>2</b>	Traslado de funcionarios desde CESFAM Polo Centro a punto extramural de vacunación 1
<b>3</b>	Traslado de funcionarios desde CESFAM Polo Compañías a punto extramural de vacunación 2
<b>4</b>	Asistencia en movilización de equipos e insumos de vacunación
<b>5</b>	Traslado de funcionarios desde punto extramural de vacunación 1 a CESFAM Polo Centro
<b>6</b>	Traslado de funcionarios desde punto extramural de vacunación 2 a CESFAM Polo Compañías
<b>7</b>	Registro de bitácora

**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> JOSE RAUL VELASQUEZ ROJAS <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <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> Sara Quiroga Olivares <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo:</b> <b>RUT:</b></p>



Enfermera