



|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTIÓN (IMÁGENES COD 246)</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |   |
|--|---|
| Establecimiento                          | CESFAM JUAN PABLO II  |
| Nombre Completo                          | JOCELYN ALEJANDRA CERDA CORTES                                  |
| RUT                                      |   |
| Programa                                 | PROGRAMA DE IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD |
| Profesión                                | TECNICO EN ENFERMERIA DE NIVEL SUPERIOR                         |
| Horas trabajadas semanales               | 22 HRS  |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0   |
| Días licencia                            | 0   |
| Fecha Informe                            | 30-06-2025  |

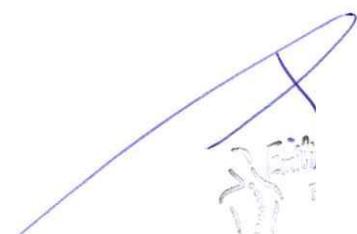
|                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| MONTO Y N° BOLETA | <b>\$ 367.118 b N°90</b> |
|-------------------|--------------------------|

|                    |                   |                   |
|--------------------|-------------------|-------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 01-06-2025 | HASTA: 30-06-2025 |
|--------------------|-------------------|-------------------|

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

| N° | Funciones según PRAPS                   | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1  | <b>ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL</b>    |                   |               |
| 2  | <b>HORAS TRABAJADAS MENSUAL</b>         | 88                |               |
| 3  | <b>OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)</b> |                   |               |
| 4  |   |                   |               |
| 5  |   |                   |               |
| 6  |   |                   |               |
| 7  |   |                   |               |
| 8  |   |                   |               |
| 9  |   |                   |               |
| 10 |   |                   |               |
| 11 |   |                   |               |
| 12 |   |                   |               |

**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)  | Timbre y Firma Director/a CESFAM<br>     |
| <b>Nombre Completo: Jocelyn Alejandra Cerda Cortes</b><br><b>RUT:</b>   | <b>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz Ossandón</b><br><b>RUT:</b>   |
| Timbre y Firma Coordinadora Programa<br> | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud<br> |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>  | <b>Nombre Completo:</b><br><b>RUT:</b>   |