

I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA **INFORME MENSUAL DE GESTION**
COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAÑA INVIERNO

| | | |
|--|--------------------------------------|-------------------------------|
| Establecimiento | CESFAM Juan Pablo II | |
| Nombre Completo | Camila Belén Alegría Clavería | |
| RUT | | |
| Programa | Salud Respiratoria, Campaña invierno | |
| Profesión/cargo | Kinesióloga | |
| Horas trabajadas (totales) | Cantidad de horas:12 | Fechas realizadas: 9-18-23-27 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0 | |
| Días licencia | 0 | |
| Fecha Informe | 30 Junio 2025 | |

| | |
|------------------|-----------------|
| NUMERO DE BOLETA | 191 |
| MONTO BOLETA | \$104040 |

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

FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO

| N° | Funciones | N° de Actividades | Observaciones |
|----|---|-------------------|---------------|
| 1 | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento) | 11 | 2 INASIST. |
| 2 | Control Crónico Respiratorio | 5 | 3 INASIST. |
| 3 | Ingreso a Programa | 0 | / |
| 4 | Espirometría | 2 | 1 INASIST. |
| 5 | Consejería | 0 | / |
| 6 | Ingreso Agudo cuadro respiratorio agudo | 7 | / |
| 7 | | | |
| 8 | | | |
| 9 | | | |
| 10 | | | |

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>Nombre Completo: Camila Belén Alegría Clavería RUT:</p> | <p>Nombre Completo: Juan Diego Muñoz U RUT:</p> |

| | |
|--|--|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p>Nombre Completo: Francisca Valdebenito RUT:</p> | <p>Nombre Completo: RUT:</p> |