

|                                      |                                                                                  |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.255 EXTENSION HORARIA CAMPAÑA INVIERNO</b> |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                      |                                                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM CARDENAL RAÚL SILVA HENRIQUEZ |                                                                                                                                                                                           |
| Nombre Completo                          | SOFÍA ALICIA VARGAS ESQUIVEL         |                                                                                                                                                                                           |
| RUT                                      |                                      |                                                                                                                                                                                           |
| Programa                                 | SALUD RESPIRATORIA, CAMPAÑA INVIERNO |                                                                                                                                                                                           |
| Profesión/cargo                          | Kinesióloga                          |                                                                                                                                                                                           |
| Horas trabajadas (totales)               | 22 HORAS                             | <b>Fechas realizadas:</b><br>02 - 06 - 2025 ✓<br>04 - 06 - 2025 ✓<br>09 - 06 - 2025 ✓<br>11 - 06 - 2025 ✓<br>18 - 06 - 2025 ✓<br>23 - 06 - 2025 ✓<br>25 - 06 - 2025 ✓<br>30 - 06 - 2025 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | NO                                   |                                                                                                                                                                                           |
| Días licencia                            | NO                                   |                                                                                                                                                                                           |
| Fecha Informe                            | 30 - 06 - 2025                       |                                                                                                                                                                                           |

|                  |                  |
|------------------|------------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>N° 30</b> ✓   |
| MONTO BOLETA     | <b>190.740</b> ✓ |

|                    |                      |                      |
|--------------------|----------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE:               | HASTA:               |
|                    | <b>01 junio 2025</b> | <b>30 junio 2025</b> |

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

| N°       | Funciones                                                     | N° de Actividades | Observaciones |
|----------|---------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| <b>1</b> | Atención paciente con cuadro respiratorio agudo (seguimiento) | <b>66</b>         |               |
| <b>2</b> | Control Crónico Respiratorio                                  |                   |               |
| <b>3</b> | Ingreso a Programa                                            |                   |               |
| <b>4</b> | Espirometría                                                  |                   |               |
| <b>5</b> | Consejería                                                    |                   |               |

**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><b>Nombre Completo: Sofia Alicia Vargas Esquivel</b><br/><b>RUT:</b></p>       | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                             |

|                                                                                                                               |                                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p>  | <p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p>  |
| <p><b>Nombre Completo: Emelinda Ustroszewitz</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                          | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                               |