

|                                      |                                                                      |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>COD.228 MAIS COMPONENTE ECICEP</b> |
|--------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|

|                                          |                                                          |
|------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| 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: 12 horas.                                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                                                        |
| Días licencia                            | 0                                                        |
| Fecha Informe                            | 30-06-2025                                               |

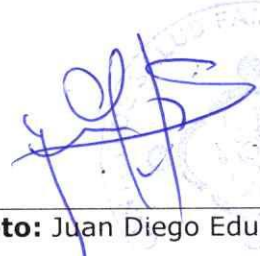
|                  |                  |
|------------------|------------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>N° 24</b>     |
| MONTO BOLETA     | <b>198.372\$</b> |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>01-06-2025</b>     | <b>30-06-2025</b>     |

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

| N° | Funciones                                                           | N° de Actividades | Observaciones                         |
|----|---------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------------------------------|
| 1  | Ingreso integral de personas con condición crónica Riesgo Alto (G3) |                   |                                       |
| 2  | Control Integral con Riesgo Alto (G3)                               | (x) 4             | 4 jornadas: 03, 10, 17 y 24 de junio. |
| 3  | Seguimiento a distancia con Riesgo Alto (G3)                        |                   |                                       |
| 4  |                                                                     |                   |                                       |
| 5  |                                                                     |                   |                                       |
| 6  |                                                                     |                   |                                       |
| 7  |                                                                     |                   |                                       |
| 8  |                                                                     |                   |                                       |

**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 (<b>P. Natural</b>)</p>    | <p>Timbre y Firma director/a CESFAM</p>  |
| <p><b>Nombre Completo:</b> Gabriela Alejandra Vega Gil</p> <p><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo:</b> Juan Diego Eduardo Muñoz Ossandón</p> <p><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> Patricia Aniroga Olivares</p> <p><b>RUT:</b></p>                                                   | <p><b>Nombre Completo:</b></p> <p><b>RUT:</b></p>                                                                             |