



**I. MUNICIPALIDAD DE  
LA SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION (UAPORRINO COD 242)**

|                                          |                              |
|------------------------------------------|------------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM – PEDRO AGUIRRE CERDA |
| Nombre Completo                          | OSCAR ACOSTA ROMERO          |
| RUT                                      |                              |
| Programa                                 | RESOLUTIVIDAD – UAPORRINO    |
| Profesión                                | MEDICO ESPECIALISTA          |
| Horas trabajadas semanales               | --                           |
| Días permiso administrativo o vacaciones | 0                            |
| Días licencia                            | 0                            |
| Fecha Informe                            | 30-06-2025                   |

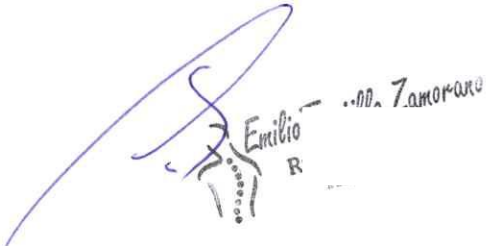
MONTO Y N° BOLETA **5140000 – número de boleta 183**

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| N° | Funciones según PRAPS                    | N° de Actividades | Observaciones   |
|----|------------------------------------------|-------------------|-----------------|
| 1  | ATENCIONES REALIZADAS MENSUAL (CLÍNICOS) | 257               | Pacientes       |
| 2  | HORAS TRABAJADAS MENSUAL                 | --                | Horas semanales |
| 3  | OTRAS (ESPECIFICAR LAS ACCIONES)         |                   |                 |
| 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.

|                                                                                                                                 |                                                                                                                                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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> Oscar Acosta Romero<br/><b>RUT:</b></p>                                                              | <p><b>Nombre Completo:</b> Lizette Ledezma Gallardo<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:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                  | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                                 |