

**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTIÓN  
COD.201 SUELDO GENERAL**

|                                          |                                           |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Establecimiento                          | EQUIPO DE SALUD RURAL - POSTA ALGARROBITO |
| Nombre Completo                          | MIRIAM PAOLA CAMUS PEREIRA                |
| RUT                                      |                                           |
| Programa                                 | PERCÁPITA GENERAL                         |
| Profesión                                | AUXILIAR DE SERVICIOS                     |
| Horas trabajadas semanales               | 44 HORAS.                                 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | F. Legal 26 al 29-11-2024                 |
| Días licencia                            | 0                                         |
| Fecha Informe                            | 30-11-2024                                |

|                  |                |
|------------------|----------------|
| NÚMERO DE BOLETA | <b>22</b>      |
| MONTO BOLETA     | <b>578.228</b> |

|                           |                       |                       |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME        | DESDE: 01 - 11 - 2024 | HASTA: 30 - 11 - 2024 |
| (Diferencia Octubre 2024) | 19 - 10 - 2024        | 31 - 10 - 2024        |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA                                                  |
|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1  | Aseo en dependencias del establecimiento.                                                         |
| 2  | Mantenimiento del orden y limpieza.                                                               |
| 3  | Retiro de residuos según categoría.                                                               |
| 4  | Aseo terminal en áreas clínicas.                                                                  |
| 5  | Apoyar a la Tens de posta y al resto del Equipo de acuerdo a las necesidades que sean requeridas. |

|                                                                             |                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Jurídica)  | Timbre y Firma Directora CESFAM                                                  |
| <b>Nombre Completo:</b><br><b>MIRIAM PAOLA CAMUS PEREIRA</b><br><b>RUT:</b> | <b>Nombre Completo:</b><br><b>CAMILA FRANCISCA THENOUX TORRES</b><br><b>RUT:</b> |

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