



<b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b>	<b>INFORME MENSUAL DE GESTION COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL</b>
--------------------------------------	---

Establecimiento	CESFAM LAS COMPAÑIAS	
Nombre Completo	MILENKA CECILIA ARAYA CASTILLO	
RUT		
Programa		
Profesión/cargo	Auxiliar de servicio	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 4 hrs
Días permiso administrativo o vacaciones		
Días licencia		
Fecha Informe	30/11/2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>11</b>
MONTO BOLETA	<b>12.292</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: 01 - 11 - 2024	HASTA: 30 - 11 - 2024
--------------------	-----------------------	-----------------------

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

N°	Funciones	N° de Actividades	Observaciones
1	Realización de labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria		
2	Otras		
3			
4			
5			
6			
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><b>Nombre Completo: MILENKA CECILIA ARAYA CASTILLO</b>  <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo: Carolina Troncoso Checcón</b>  <b>RUT:</b> _____          Kinesióloga</p>

<p>Timbre y Firma Coordinadora Programa</p> 	<p>Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud</p> 
<p><b>Nombre Completo:</b> _____  <b>RUT:</b> _____</p>	<p><b>Nombre Completo:</b> _____  <b>RUT:</b> _____</p>

COOP. MUNICIPAL GABRIEL GONZALEZ VIDELA  
 COORDINADORA D. SALUD  
 CAROLINA PEREZ P.