| I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA | INFORME MENSUAL DE GESTION<br>COD.270 EXTENSION HORARIA GENERAL |
|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| Establecimiento | Cesfam Raúl Silva Henríquez | |
| Nombre Completo | Camila Maturana Diaz | |
| RUT | | |
| Programa | Extensión horaria | |
| Profesión/cargo | TENS farmacia | |
| Horas trabajadas semanales | Lunes a viernes | Sábados: 9 |
| Días permiso administrativo o vacaciones | - | |
| Días licencia | - | |
| Fecha Informe | 30-11-2024 | |

| | |
|---|---|
| NUMERO DE BOLETA | **79** |
| MONTO BOLETA | **51.651** |

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

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones | Nº de Actividades | Observaciones |
|---|---|---|---|
| **1** | Realización de inventario general Botiquin Farmaceutico,conteo de medicamentos e insumos. | | **Reposición, dispensación de medicamentos** |
| **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.

| Timbre y firma del ejecutor de las prestaciones (P. Natural o P. Juridica) | Timbre y Firma Director/a CESFAM |
|---|---|
| **Nombre Completo: Camila Maturana**<br>**RUT:** | **Nombre Completo:**<br>**RUT:** |

| Timbre y Firma Coordinadora Programa | Timbre y Firma Jefe Dpto. de Salud |
|---|---|
| **Nombre Completo:**<br>**RUT:** Daniela Bastías González<br>Enfermera | **Nombre Completo:**<br>**RUT:** |