

**202. INFORME MENSUAL DE GESTIÓN**  
**Extensión horaria general**

|                             |                                  |
|-----------------------------|----------------------------------|
| Establecimiento             | CESFAM CARDENAL CARO             |
| Nombre                      | AARON ROJAS ACOSTA               |
| Cargo                       | TENS                             |
| Horas trabajadas            | Lunes a viernes 15HRS / Sábado - |
| Periodo de informe (mes)    | NOVIEMBRE                        |
| Fecha de entrega de informe | 20/11/2023                       |

|              |            |
|--------------|------------|
| MONTO BOLETA | \$74.700.- |
|--------------|------------|

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | 21/10/2011            | 20/11/2023            |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | FUNCIONES ACUERDO A PROGRAMA   | Nº de extensiones                      | Nº de procedimientos |
|----|--|--|----------------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de SOME y procedimiento | 05                                     | 35                   |
| 2  | Otras, especificar   | LAVADO DE INSTRUMENTAL GINECOLOGICO. - |                      |

**DECLARO, 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 Programa. 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 Director CESFAM<br>Nombre: <b>CAROLINA CASTILLO</b> | Timbre y Firma prestador de servicio<br>Nombre: <b>AARON ROJAS ACOSTA</b> |
|--|---|