

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| <b>I. MUNICIPALIDAD DE LA SERENA</b> | <b>INFORME MENSUAL DE GESTION<br/>CÓDIGO 217</b> |
|--------------------------------------|--|

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Establecimiento                          | CESFAM LAS COMPAÑIAS       |
| Nombre                                   | Ivania Paz Ogalde Olivares |
| Profesión                                | ENFERMERA (O)              |
| Horas trabajadas                         | 4                          |
| Días permiso administrativo o vacaciones |                            |
| Días licencia médica                     |                            |
| Periodo de informe (mes)                 | Noviembre                  |

|              |        |
|--------------|--------|
| MONTO BOLETA | 37.748 |
|--------------|--------|

|                    |                   |                      |
|--------------------|-------------------|----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: 21-10-2023 | HASTA: 20 - 11- 2023 |
|--------------------|-------------------|----------------------|

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

| N° | FUNCIONES SEGÚN CONTRATO Y DE ACUERDO A PROGRAMA  | RESULTADO |
|----|---|-----------|
| 1  | Supervisar la cadena de frío al momento de retiro del lugar de vacunación y del refrigerador en el cual guardarán las vacunas al termino de jornada | 1         |
| 2  | Realizar evaluación de pie diabetico a usuarios del PSCV  | 1         |
| 3  | Realizar EMPAM  | 2         |
| 5  | Realizar educación a los usuarios según necesidades pesquisadas   | 3         |
| 6  |   |           |
| 7  |   |           |
| 8  |   |           |
| 9  |   |           |
| 10 |   |           |
| 11 |   |           |

|               |            |
|---------------|------------|
| FIRMA         |            |
| FECHA INFORME | 20-11-2023 |



  
 Nombre y Firma Director CESFAM  
**Lizette Ledezma Gallardo**  
 16.053.614-4  
 Enfermera

Timbre y Firma Coordinador/a comunal Programa  
 Nombre:

