

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

Establecimiento	CESFAM Las Compañías	
Nombre	Solange Muñoz Araya	
Profesión	Medico/a	
Horas trabajadas	Lunes a viernes: <b>6hrs</b>	Sábado: <b>8hrs</b>
Periodo de informe (mes)	Diciembre	
Fecha de entrega de informe	18/12/2023	

MONTO BOLETA	\$246.738
--------------	-----------

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	21/11/2023	20/12/2023

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

Nº	FUNCIONES ACUERDO A PROGRAMA	Nº de extensiones	Nº de atenciones
1	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria L-V desde las 17:00 a las 20:00hrs	2	18
2	Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria sábado desde las 09:00 a las 13:00hrs	2	18

**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.

FIRMA	
FECHA DEL INFORME	18/12/2023

 Nombre y Firma Director CESFAM Nombre: <i>Luzmila Ledezma Gallardo</i>	Timbre del prestador de servicio Nombre: <i>Solange Muñoz Araya</i>
---	--