



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

Establecimiento	CESFAM DR. EMILIO SCHAFFHAUSER ACUNA	
Nombre Completo	MARIA LEON CONTRERAS	
RUT		
Programa	EXTENSION HORARIA	
Profesión/cargo	Auxiliar de servicio	
Horas trabajadas semanales	Lunes a viernes	Sábados 10 HORAS
Días permiso administrativo o vacaciones	N/A	
Días licencia	N/A	
Fecha Informe	22 DE MARZO DE 2024	

NUMERO DE BOLETA	<b>341</b>
MONTO BOLETA	<b>\$ 30.730.-</b>

PERIODO DE INFORME	DESDE: día - mes- año	HASTA: día - mes- año
	<b>21-02-2024</b>	<b>20-03-2024</b>

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

Nº	FUNCIONES	Nº de Actividades	Observaciones
<b>1</b>	Realización de labores de aseo, desinfección y ornato en las dependencias del CESFAM en extensión horaria		
<b>2</b>	Otras		
<b>3</b>			
<b>4</b>			
<b>5</b>			
<b>6</b>			
<b>7</b>			
<b>8</b>			
<b>9</b>			
<b>10</b>			

**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: MARIA LEÓN CONTRERAS</b> <b>RUT:</b></p>	<p><b>Nombre Completo: CLAUDIA GALLARDO CORTES</b> <b>RUT:</b></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>