

**I. MUNICIPALIDAD DE LA  
SERENA**

**INFORME MENSUAL DE GESTION  
COD.202 EXTENSION HORARIA GENERAL**

|                                          |                                        |              |
|------------------------------------------|----------------------------------------|--------------|
| Establecimiento                          | CESFAM Pedro Aguirre Cerda             |              |
| Nombre Completo                          | Verónica Patricia Hernández Villalobos |              |
| RUT                                      |                                        |              |
| Programa                                 | Extensión Horaria                      |              |
| Profesión/cargo                          | Tens                                   |              |
| Horas trabajadas semanales               | Lunes a viernes                        | Sábados 12 ✓ |
| Días permiso administrativo o vacaciones | No aplica                              |              |
| Días licencia                            |                                        |              |
| Fecha Informe                            | 18-04-2024 ✓                           |              |

|                  |                |
|------------------|----------------|
| NUMERO DE BOLETA | <b>84</b> ✓    |
| MONTO BOLETA     | <b>68868</b> ✓ |

|                    |                       |                       |
|--------------------|-----------------------|-----------------------|
| PERIODO DE INFORME | DESDE: día - mes- año | HASTA: día - mes- año |
|                    | <b>21-03-2024</b>     | <b>20-04-2024</b> ✓   |

**FUNCIONES REALIZADAS DURANTE EL PERIODO**

| Nº | Funciones                                                                                                                                | Nº de Actividades | Observaciones |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|---------------|
| 1  | Realización de atención de personas inscritas en CESFAM en extensión horaria, en labores de recepción de personas y llamados telefónicos |                   |               |
| 2  | Otras                                                                                                                                    |                   |               |
| 3  | Electrocardiograma                                                                                                                       | <b>1</b>          |               |
| 4  | Tratamiento inyectable                                                                                                                   | <b>8</b>          |               |
| 5  | Curación simple                                                                                                                          | <b>10</b>         |               |
| 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.



|                                                                                       |                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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: VERÓNICA PATRICIA HERNANDEZ VILLALOBOS</b><br/><b>RUT:</b></p> | <p><b>Nombre Completo: LIZETTE LEDEZMA GALLARDO</b><br/><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><br/><b>RUT:</b></p>                                        | <p><b>Nombre Completo:</b><br/><b>RUT:</b></p>                                                                              |